



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA POPULAÇÃO COM 65+ ANOS NO
PERÍMETRO URBANO DE SANTO TIRSO:
CONTRIBUTOS PARA O PLANO GERONTOLÓGICO MUNICIPAL**

Vera Patrícia da Silva Pereira

Escola Superior de Educação



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Vera Patrícia da Silva Pereira

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA POPULAÇÃO COM 65+ANOS NO PERÍMETRO
URBANO DE SANTO TIRSO:
CONTRIBUTOS PARA O PLANO GERONTOLÓGICO MUNICIPAL

Curso de Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Alice Bastos

Dezembro de 2013

OBS. Este documento foi elaborado com vista à prestação de provas públicas. Não contém, por isso, as sugestões e/ou críticas recomendadas decorrentes da apreciação deste documento pelos elementos do júri a designar para o efeito.

AGRADECIMENTOS

À *Professora Doutora Alice Bastos* expresso o meu profundo agradecimento pela orientação e apoio que muito elevaram os meus conhecimentos científicos e, sem dúvida, estimularam o meu desejo de querer sempre saber mais e a vontade constante de querer fazer melhor.

À *Dr.ª Emília Moreira* e à *Dr.ª Vera Costa*, agradeço o profissionalismo, a amizade e a total disponibilidade no tratamento estatístico dos dados.

À *Câmara Municipal de Santo Tirso*, na pessoa da Vereadora *Dr.ª Júlia Moinhos* e à *Dr.ª Rita Azevedo* agradeço a sua capacidade para estabelecer pontes, aquando da preparação e recolha de dados no terreno.

A todos os *Presidentes de Junta* das oito freguesias do perímetro Urbano de Santo Tirso e a todos os representantes de Associações e Instituições de Solidariedade Social pela colaboração direta no contacto com os idosos na comunidade.

Aos *mais velhos* que participaram nesta avaliação gerontológica e aos seus familiares pela sua disponibilidade e boa vontade ao longo de quatro meses de recolha de dados.

Aos meus amigos, em especial à *Cristiana Sá* e à *Isabel Pinto* por me ouvirem os meus desabafos e apoiarem nos momentos de maior ansiedade.

Ao *Marcelo*, um agradecimento pela motivação e confiança em todos os momentos e pela compreensão das minhas ausências neste período.

Aos *meus Pais*, à *minha Irmã* e aos *meus Avós*, um enorme obrigada por acreditarem sempre em mim e naquilo que faço. Obrigada por todo carinho, apoio e dedicação que, constantemente, me oferecem.

RESUMO

Contexto e objetivo do estudo. O envelhecimento humano pode ser visto como um dos maiores feitos da Humanidade, uma vez que ao longo do século XX ganhámos em média cerca de 30 anos à vida. Assiste-se a uma *revolução demográfica* sem precedentes, onde o número de mais velhos (65+ anos) supera o número de mais novos (crianças dos 0-14 anos). Esta é uma novidade na condição humana, que decorre dos avanços no conhecimento científico e no desenvolvimento tecnológico e é neste contexto mundial que a Gerontologia como ciência que estuda os idosos, a velhice e o envelhecimento se torna pertinente (Paúl & Ribeiro, 2012) e desenvolve vários ramos científicos, como a Gerontologia Social que se dedica ao estudo do impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, nas consequências sociais desse processo, bem como, nas ações sociais que podem interpor-se para melhorar o processo de envelhecimento numa perspetiva biopsicossocial, que comporta ganhos e perdas ao longo do ciclo de vida (Fernández-Ballesteros, 2004). Atualmente, assistimos a medidas políticas sociais e de saúde à escala global para o *envelhecimento ativo e bem-sucedido*. Do ponto de vista da OMS (2002, p. 2) “o envelhecimento ativo é o processo de otimização das condições de saúde, participação e segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem.” Como a maior parte da população humana vive nas cidades – estamos no século da cidade e da vida urbana – surge um conjunto de orientações para tornar as cidades amigas das pessoas idosas, como é o caso do “*Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*” (2009). Face ao exposto, estabelece-se como objetivos do presente trabalho: (1) descrever a população em estudo em função das características sociodemográficas (ex. género, idade, nível socioeconómico), assim como, capacidades funcionais, relacionais e cognitivas; (2) analisar as relações entre variáveis sociodemográficas e as dimensões do envelhecimento; e, (3) avaliar a utilização e a necessidade percebida dos serviços comunitários associados ao envelhecimento.

Método. Em termos de *dimensão amostral* foi incluído 2% da população com 65+ anos, estratificada em termos de género e idade (tomando como referência o Censo da população de 2011), o que equivale a 140 pessoas idosas a residir em casa no perímetro urbano de Santo Tirso. Em termos de estratégia de amostragem na recolha de dados utilizou-se o procedimento de “*bola de neve*”. Relativamente aos *instrumentos de recolha de dados*, utilizou-se um Protocolo Gerontológico criado para o efeito (ANCEP_GeroSoc.2013 - Bastos, Faria, Moreira, Carvalho & Pereira, 2013). A *recolha de dados* foi realizada pelo investigador e os dados recolhidos foram analisados através do programa informático PASW Statistics® versão 21.

Resultados. Fazem parte deste estudo 140 pessoas idosas, com uma média de idade de 77 anos, sendo que o mais novo tem 65 e o mais velho 101 anos. Esta amostra é maioritariamente constituída por mulheres (54%), com uma escolaridade predominantemente entre 1 a 4 anos (64%), estado civil maioritariamente constituído por casados (53%). Embora todos os membros da amostra partilhem da condição de reformado, a profissão predominante aquando na vida ativa estava ligada ao sector industrial, designadamente operário fabril (45%), seguido de operário de construção civil (11%). No que diz respeito à capacidade funcional, observa-se que a maior parte das pessoas entrevistadas é independente para as atividades básicas da vida diária (89%), mas o mesmo não acontece relativamente às atividades instrumentais, em que 77% da população se apresenta moderada ou severamente dependente. Relativamente ao funcionamento mental, observa-se que cerca de um quarto da população apresenta défice cognitivo (28%). No que diz respeito aos aspetos socioemocionais, apesar de 23% dos participantes viverem sozinhos, o risco de isolamento social é reduzido (1,4%). Relativamente às relações entre variáveis sociodemográficas e as dimensões do envelhecimento, observam-se várias correlações. O MMSE apresenta uma correlação significativa e positiva com a Escala da Satisfação com a Vida, a Escala da Rede Social de Lubben e o Índice de Barthel e correlações significativas e negativas com a GDS_15 e o Índice de Lawton. Por sua vez, a Escala de Satisfação com a Vida apresenta correlações significativas negativas com a GDS_15 e o Índice de Lawton e correlações positivas com a Escala da Rede Social de Lubben e o Índice de Barthel. A Escala da Rede Social de Lubben correlaciona-se positivamente com o Índice de Barthel e negativamente com o Índice de Lawton. De referir o Índice de Lawton e a GDS_15 apresentam correlações significativas com todas as dimensões em estudo.

Implicações do estudo. Da execução do presente estudo foi possível observar indicadores de dependência ao nível da funcionalidade e défice cognitivo, embora com baixo risco de isolamento social. Estes resultados são fulcrais para orientar o Plano Gerontológico Municipal.

Palavras-chave: avaliação multidimensional, envelhecimento no lugar, envelhecimento bem-sucedido, Gerontologia Social.

ABSTRACT

Context and purpose of the study. Human aging can be seen as one of the greatest achievements of mankind, since throughout the twentieth century have gained on average around 30 years to life. We are witnessing an unprecedented demographic revolution, where the number of older (65 + years) exceeds the number of younger (children from 0-14 years) . This is a novelty in the human condition , which stems from advances in scientific knowledge and technological development and it is in this global context that gerontology as a science that studies the elderly , old age and aging becomes relevant (Paul & Ribeiro , 2012) and develops various scientific fields , such as Social Gerontology dedicated to the study of the impact of sociocultural and environmental conditions in the aging process and old age , the social consequences of this process as well as in social actions that can bring to improve the process of aging in a biopsychosocial perspective , which includes gains and losses over the life cycle (Fernandez- Ballesteros , 2004). Currently, we have witnessed social and health on a global scale for the active and successful aging policies. From the point of view of the WHO (2002, p. 2) "*active aging is the process of optimizing health, participation and security in order to improve the quality of life as people age*". Since most of the human population lives in cities - we're in the city and urban life century - comes a set of guidelines for making cities friends of older people , such as the " *Global -friendly Cities Guide for the Elderly* " (2009) . Given the above, it is stated as objectives of this study(1) describe the study population in terms of sociodemographic characteristics (eg gender, age, social group belong) as well as functional, relational and cognitive abilities; (2) examine the relationship between sociodemographic variables and dimensions of aging; and (3) evaluate the utilization and perceived need of community services associated with aging.

Methodology. In terms of *sample size* was included 2 % of the population aged 65 or more , stratified according to gender and age (with reference to the population census of 2011) , which is equivalent to 140 elderly residing at home in the urban perimeter Santo Tirso . In terms of sampling strategy in data collection we used the procedure of "*snowball*". For *instruments for data collection*, we used a Gerontology protocol created for this purpose (ANCEP_GeroSOC.2013 - Bastos, Faria, Moreira, Carvalho & Pereira, 2013). *Data collection* was performed by the investigator and the data collected were analyzed using the computer PASW Statistics®).

Results. Part of this study were 140 elderly people with an average age of 77 years, the youngest 65 and the oldest 101. This sample is constituted mainly by women (54%) with an educational predominantly between 1 and 4 years (64%), marital status mainly comprising married (53%). Although all members of the sample share the condition retired, the predominant occupation during the active life was linked to industry, including factory worker (45%), followed by construction worker (11%) sector. With regard to functional capacity, it is observed that most of the people interviewed is independent for basic activities of daily living (89%), but the same is not true in relation to instrumental activities, in which 77 % of the population presents moderately or severely dependent. Relating to mental functioning, it is observed that about a quarter of the population has cognitive impairment (28%). With respect to social-emotional aspects, although 23% of the participants live alone, the risk of isolation is reduced (1,4%). As regards relations between sociodemographic variables and dimensions of aging, there were several correlations. The MMSE has a significant and positive correlation with the Scale of Satisfaction with Life Scale Social Network Lubben and Barthel Index and significant and negative correlations with GDS_15 Index and Lawton. In turn, the Scale of Satisfaction with Life presents significant negative correlations with GDS_15 Index and Lawton and positive correlations of the Lubben Social Network and Barthel Index. The Scale of the Lubben Social Network correlates positively with the Barthel Index and negatively with the index Lawton. To refer to the Index and Lawton GDS_15 show significant correlations with all the dimensions under study.

Implications of the study. The implementation of this study was observed indicators of dependence in terms of functionality and cognitive deficit, although at low risk of social isolation. These results are central to guiding the Municipal Plan Gerontology.

Keywords: Multidimensional Assessment, Aging in Place, Successful Aging, Social Gerontology

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I. REVISÃO DA LITERATURA	15
1. A Gerontologia e a Gerontologia Social	17
1.1. A ciência gerontológica: evolução histórica	17
1.2. A Gerontologia Social relativamente à Gerontologia	20
1.3. Uma perspetiva integradora da Gerontologia Social.....	22
2. O Envelhecimento Coletivo e Individual	26
2.1. Envelhecimento Coletivo	26
2.2. Envelhecimento Individual.....	28
2.3. O envelhecimento na 3ª e 4ª idade	29
3. Envelhecimento bem-sucedido no lugar: desafios atuais	30
3.1. Envelhecer em casa.....	32
3.2. Envelhecimento Bem-Sucedido, Ativo e Saudável	41
4. Avaliação Multidimensional e Utilização de Serviços	52
4.1. Avaliação capacidade funcional do indivíduo	52
4.2. Utilização de serviços comunitários.....	61
CAPÍTULO II. MÉTODO	65
1. Plano de investigação e participantes	67
2. Instrumentos de recolha de dados	70
3. Procedimentos de recolha de dados	73
4. Estratégias de análise de dados	74
CAPÍTULO III. RESULTADOS	75
1. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS	77
A. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	77
B. DIMENSÕES DO ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL	84
C. ASPETOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS DIMENSÕES DO ENVELHECIMENTO	87
D. UTILIZAÇÃO DE RECURSOS E SERVIÇOS COMUNITÁRIOS.....	98
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	105
CONCLUSÃO	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS.....	135

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Marcos na evolução da ciência gerontológica	19
Tabela 2. População residente por freguesia do concelho de Santo Tirso (Censos da População, 2011)	68
Tabela 3. Descrição sociodemográfica dos participantes	77
Tabela 4. Passatempos.....	78
Tabela 5. Características socioeconómicas do agregado familiar	79
Tabela 6. Condições da habitação/casa	80
Tabela 7. Dificuldades de mobilidade	81
Tabela 8. Redes de vizinhança e acessibilidades a bens e serviços	82
Tabela 9. Vantagens e necessidades da freguesia	83
Tabela 10. Funcionalidade para as atividades básicas e instrumentais da Vida Diária	84
Tabela 11. Funcionamento cognitivo	85
Tabela 12. Funcionamento da rede social	85
Tabela 13. Satisfação com a vida.....	86
Tabela 14. Sintomatologia depressiva.....	86
Tabela 15. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o género	87
Tabela 16. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o grupo etário	90
Tabela 17. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o NSE	93
Tabela 18. Correlação entre as escalas do protocolo ANCEP_GeroSoc.2013	97
Tabela 19. Serviços gerais de apoio.....	98
Tabela 20. Serviços gerais de apoio (continuação).....	99
Tabela 21. Serviços sociais e recreativos	101
Tabela 22. Serviços de saúde.....	102
Tabela 23. Serviços de avaliação e coordenação	103
Tabela 24. Serviços não classificados.....	104

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Teoria Integrada da Gerontologia Social (adaptação de Bass, 2009, p. 362)	23
Figura 2. Determinantes do envelhecimento ativo (adaptado da OMS, 2002, P. 19).....	46
Figura 3. Concelho de Santo Tirso (Câmara Municipal de Santo Tirso, 2013)	67
Figura 5. Distribuição dos resultados do Índice de Lawton (%) segundo o género.....	88
Figura 6. Distribuição dos resultados do MMSE (%) segundo o género.....	88
Figura 7. Distribuição dos resultados da satisfação com a vida (%) segundo o género.....	89
Figura 8. Distribuição dos resultados da GDS (%) segundo o género.....	89
Figura 9. Distribuição dos resultados do Índice de Barthel (%) segundo o grupo etário	91
Figura 10. Distribuição dos resultados do Índice de Lawton (%) segundo o grupo etário	91
Figura 11. Distribuição dos resultados do MMSE (%) segundo o grupo etário	92
Figura 12. Distribuição dos resultados da GDS_15 (%) segundo o grupo etário	92
Figura 13. Distribuição dos resultados do MMSE (%) segundo o NSE.....	94
Figura 14. Distribuição dos resultados da Escala da Rede Social de Lubben-6 (%) segundo o NSE	95
Figura 15. Distribuição dos resultados da satisfação com a vida (%) segundo o NSE	95
Figura 16. Distribuição dos resultados da GDS_15 (%) segundo o NSE.....	96

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I. Consentimento Informado

Anexo II. Protocolo ANCEP_GeroSOC.2013 (Bastos, Faria, Moreira, Melo de Carvalho & Pereira, 2013)

Anexo III. Folheto de divulgação

Anexo IV. Aviso da Investigação por freguesia

Anexo V. Dimensão amostral por freguesia

Anexo VI. Relatório do Investigador

Anexo VII. Teste Kolmogorov Smirov

Anexo VIII. Construção da variável NSE

Anexo IX. Frequências na Escala das Redes Sociais de Lubben-6

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
ANCEP_GeroSOC.2013	Protocolo de Avaliação das Capacidades e Necessidades Comunitárias Associadas ao Envelhecimento da População.2013
AVD	Atividades Da Vida Diária
BASE	<i>Berlin Aging Study</i>
EBS	<i>Envelhecimento Bem-Sucedido</i>
GDS-15	Geriatric Depression Scale – 15 itens
INE	Instituto Nacional de Estatística
LSNS-6	Escala Breve das Redes Sociais de Lubben
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i>
OARS-PT	<i>Older Americans Resources and Services – Questionário de Avaliação Multidimensional de Idosos</i> (versão portuguesa)
OMS	Organização Mundial da Saúde
PG	Plano Gerontológico
QAFM	Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional
QAS	Questionário de Avaliação de Serviços

O envelhecimento da população constitui um êxito da sociedade moderna e lança novos desafios aos indivíduos e à própria sociedade. Neste sentido, importa avaliar as capacidades e necessidades comunitárias associadas ao envelhecimento da população com 65 e mais anos a residir em casa. Torna-se pertinente uma investigação nesta área uma vez que o ambiente é um dos fatores que influencia a forma como os indivíduos experienciam o processo de envelhecimento e a maioria das pessoas mais velhas portuguesas residem em casa. Assim, o estudo resultará em evidências para a elaboração de linhas de ação de um Plano Gerontológico (PG) orientado para a promoção de uma série de condições pessoais e sociais que favoreçam o envelhecimento bem-sucedido, no sentido de *“dar más vida a los años”* (Fernández-Ballesteros, 2002, p. 15).

No século XX, a esperança média de vida aumentou consideravelmente, mas o *envelhecimento bem-sucedido* (*“successful aging”*) vai além da longevidade. Trata-se de uma visão positiva do processo de envelhecimento. Na perspetiva de Baltes e Baltes (1990), o envelhecimento bem-sucedido incorpora essencialmente dois processos relacionados entre si. Por um lado, trata-se de uma capacidade global de adaptação às perdas que ocorrem habitualmente na velhice através de uma procura individual de resultados e objetivos significativos para o próprio, mesmo quando o equilíbrio entre ganhos e perdas é menos positivo. Por outro lado, o envelhecimento bem-sucedido pode ser atingido consoante a escolha de determinados estilos de vida que satisfaçam o objetivo de manutenção da integridade física e mental até aos últimos momentos de existência, recorrendo à tecnologia no sentido de compensar o potencial declínio.

Toda a experiência humana ocorre num lugar específico. Desta forma, a literatura gerontológica integrou o conceito de *envelhecer no lugar* (*“aging in place”*), que habitualmente é em casa, nas suas investigações e publicações. O estudo do envelhecimento no lugar foca-se na capacidade das pessoas idosas em continuar a viver nas suas próprias casas ou na vizinhança/bairro e de se adaptar às necessidades e condições que se vão alterando ao longo do tempo (Fänge, Oswald & Clemson, 2012). É também a política emergente que se focaliza na compreensão das mudanças que ocorrem no envelhecimento e no seu ambiente envolvente, elegendo a manutenção da pessoa no seu meio natural (Pynoos, Caraviello & Cicero, 2009 como citado em Martin, Santinha, Rito & Almeida, 2012).

Assumindo que o envelhecimento é um processo biopsicossocial, a sua avaliação abarca todas as dimensões contempladas, conjugando dados relativos ao estado de saúde (física e mental) e as suas implicações no quotidiano dos idosos. Assim, a avaliação multidimensional é um processo de diagnóstico que compreende a avaliação de problemas de saúde, funcionais, psicossociais e do meio envolvente e, portanto, nesta avaliação são

INTRODUÇÃO

usados testes psicométricos diversos relacionados com o estado de saúde, funcionalidade, funcionamento cognitivo e relações interpessoais (Rodrigues, 2007).

A investigação no âmbito do *envelhecimento bem-sucedido no lugar* (“successful aging in place”) e da avaliação multidimensional tem sido realizada com abordagens quantitativas. Assim, as amostras apresentam um número elevado de participantes, regra geral superior a cem, e a recolha de dados é maioritariamente realizada através de questionários e/ou escalas de medida (ex. Rodrigues, 2007), sendo que apresentada a questão da validade e fiabilidade das medidas. Como estratégia de análise dos dados utiliza-se estatísticas descritivas para a descrições das variáveis, nomeadamente variáveis sociodemográficas, e a estatística inferencial.

Face ao exposto, os objetivos do estudo *Avaliação multidimensional na população residente no perímetro urbano de Santo Tirso: Contributos para o Plano Gerontológico Municipal* são: (1) descrever a população em estudo em função das características sociodemográficas (ex. género, idade, grupo social de pertença), assim como, capacidades funcionais, relacionais e cognitivas; (2) analisar as relações entre variáveis sociodemográficas e as dimensões do envelhecimento; e, (3) avaliar a utilização e a necessidade percebida dos serviços comunitários associados ao envelhecimento.

O presente estudo iniciar-se-á com um enquadramento teórico e empírico (Capítulo I) que abordará primeiramente a Gerontologia e a Gerontologia Social, seguindo-se uma abordagem ao envelhecimento populacional/coletivo e individual. Focalizando a revisão da literatura no tema desta dissertação, proceder-se-á à abordagem das várias teorias e modelos acerca do envelhecimento bem-sucedido e do envelhecimento no lugar, assim como, à revisão da investigação científica desenvolvida no domínio. E, por fim, será analisada a avaliação comunitária e multidimensional a indivíduos com 65 e mais anos, no sentido de problematizar o assunto sob investigação.

O Capítulo II descreve o modo como o estudo foi planeado e conduzido. Os participantes são indivíduos com 65 e mais anos residentes nas freguesias do perímetro Urbano de Santo Tirso (Areias, Burgães, Lama, Palmeira, Santa Cristina do Couto, Santo Tirso, São Miguel do Couto e Sequeirô). A recolha de dados efetuada com a utilização do Protocolo de Avaliação das Capacidades e Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População.2013 (ANCEP_GeroSOC.2013; Bastos, Faria, Moreira, Melo de Carvalho & Pereira, 2013) e expõe-se os procedimentos usados na recolha, no tratamento e análise dos dados recolhidos.

O último capítulo, Capítulo III, descreve os resultados do estudo, seguindo-se a sua discussão. Este trabalho finaliza com a apresentação das conclusões, face aos objetivos de estudo e as suas implicações para a prática gerontológica.

CAPÍTULO I.
REVISÃO DA LITERATURA

O aumento da população idosa representa uma das mudanças mais significativas da sociedade atual e, por isso, as atenções encontram-se centradas no processo de envelhecimento. O envelhecimento é compreendido como um processo dinâmico biopsicossocial pautado de sucessivas mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Este fenómeno social e demográfico obriga a reflexões profundas e a uma nova visão sobre o envelhecimento (Almeida, 2012).

Neste sentido, o modelo biomédico do envelhecimento que se baseava na deterioração e nas perdas associadas ao envelhecimento deu lugar ao modelo biopsicossocial (Viguera, 2012). No século XX, desenvolveram-se estudos científicos acerca das várias vertentes do envelhecimento, assim como, foram realizados estudos que tentaram aplicar os conhecimentos sobre a velhice e o envelhecimento no sentido de melhorar as condições de vida das pessoas idosas. Esta plataforma biopsicossocial da Gerontologia e do ramo da Gerontologia Social reflete a multidisciplinaridade da ciência gerontológica que é uma das suas principais características (Fernández-Ballesteros, 2004), embora Bass (2009) destaque a relevância da interdisciplinaridade para o avanço no conhecimento na Gerontologia Social.

1. A Gerontologia e a Gerontologia Social

1.1. A ciência gerontológica: evolução histórica

Atualmente, a sociedade ocidental depara-se com o crescente envelhecimento demográfico, impulsionado por baixos níveis de fecundidade, modificações nos comportamentos sexuais, redução da taxa de mortalidade em todas as idades e aumento da esperança média de vida. A OMS (Organização Mundial de Saúde, 2001) prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de indivíduos com mais de 60 anos, sendo que os idosos com 80 ou mais anos constituem a faixa etária de maior crescimento. Em Portugal, o ano de 2000 ficou marcado por ser o primeiro ano, desde que há registos sobre a população portuguesa, que o número de idosos ultrapassou o número de jovens (Rosa & Chitas, 2010).

Neste contexto, a ciência gerontológica desenvolveu-se como a ciência que pretende conhecer e compreender as pessoas idosas, a velhice e o processo de envelhecimento que vindo a valorizar-se, crescendo exponencialmente a sua visibilidade pública e política a nível mundial (Paúl & Ribeiro, 2012). Neste sentido, a razão de ser da Gerontologia está relacionada com questões sociais expressivas, tais como, o aumento da esperança de vida; a crescente procura de serviços de saúde para idosos; a questão das desigualdades

sociais, originárias do modelo económico e das relações sociais entre os seres humanos e as classes sociais; o exercício pleno da cidadania, deixando, assim, claro o seu carácter interventivo (Gomes, 2007).

Em 1903, Ellie Metchnikoff usou pela primeira vez o termo Gerontologia, derivado do grego *gero* que significa velho e *logia* que significa estudo. Segundo Phillips, Ajrouch e Nallétamby (2010, 118), esta ciência passou a ser definida “*the study of ageing from biological, psychological and social perspectives*”. Noutras palavras, a Gerontologia pretende descrever e explicar as mudanças do envelhecimento e os seus determinantes biológicos, psicológicos e sociais, sendo assim uma ciência inter e multidisciplinar (Bass, 2009). Para além disso, preocupa-se pelo estudo das características dos idosos e pelas experiências de velhice e envelhecimento ocorridas em diferentes contextos socioculturais e históricos (Neri, 2008). Neste sentido, a Gerontologia tem diversas publicações em diferentes temáticas, tais como: (a) funcionamento cognitivo; (b) saúde; (c) bem-estar; (d) personalidade; (e) cultura/género e raça, (f) relações; (g) perceções/attitudes, entre outros (Paúl, 2012).

Relativamente à investigação, a Gerontologia recorre a estudos transversais com a cautela que este tipo de estudo não tem em conta as diferenças entre coortes separadas pela história, pelos contextos desenvolvimentais em constante mudança e pelas dificuldades em mostrar as relações entre variáveis no processo de envelhecimento e a estudos longitudinais assentes numa perspetiva do ciclo de vida (Paúl, 2012). No sentido de colmatar as limitações dos estudos transversais e longitudinais, Paúl (2012) alerta para o uso de estudos sequencias na investigação gerontológica.

Ainda no que toca à investigação, Willis (2001) afirma que existe uma relação recíproca entre a investigação e a intervenção: as intervenções comportamentais estão profundamente enraizadas nas teorias desenvolvimentais e experimentais do envelhecimento e os resultados da intervenção gerontológica contribuem para novos desenvolvimentos.

Importa, agora, destacar alguns marcos na evolução da ciência gerontológica (Tabela 1).

Tabela 1. Marcos na evolução da ciência gerontológica

Ano	Marco
1914-1921	Construção, aplicação e divulgação de testes de inteligência a 1 726 966 homens de 18 a 60 anos, durante a I Guerra Mundial. Os resultados confirmaram a crença de que o desenvolvimento declinava com a idade, o que deu origem a um modelo deficitário de desenvolvimento mental na vida adulta e na velhice (Lehr, 1988) que dominou a Psicologia e a Gerontologia até aos anos 70.
1922	Stanley Hall expressou discordância em relação a essa ideologia de velhice em <i>Senescence, the last half of life</i> . Criticou a noção de adolescência como reverso da velhice e propôs a existência de variações individuais independentes das diferenças etárias. Postulou que na velhice ocorre um aumento da variabilidade interindividual. Enfatizou a relação entre sabedoria e velhice.
1928	Criação dos primeiros grupos de investigação na Universidade de Standford sobre aprendizagem, memória e tempo de reação, os quais confirmaram os dados psicométricos recolhidos na I Guerra Mundial.
1920 - 1930	Hollingworth, Jung, Pressey, Janney e Kühlen defendem que a psicologia do desenvolvimento deveria focalizar-se em todo o ciclo de vida e abandonar a ideia de estágios vinculados à idade cronológica.
1946	Fundação da <i>Gerontological Society of America</i> .
1950	Surgimento da teoria de ciclos de vida de Erikson, um dos fundamentos da conceção de desenvolvimento ao longo da vida (<i>life span</i>).
1950 - 1960	Surgimento de teorias de curso de vida e de estratificação etária em Sociologia que defendiam a ideia de que as trajetórias evolutivas são socialmente construídas, não determinadas biológica e psicologicamente.
1950 - 1970	Formação de vários grupos de investigação longitudinal sobre a vida adulta e a velhice (ex. estudos de Bonn, Kansas City, Cornell, Duke, Pennsyvalnnia e West Virginia).
1950 - 1959	Publicação de mais estudos sobre a velhice do que nos 115 anos precedentes. Entre 1969 e 1979, a investigação na área aumentou 270%.
1955	Início do estudo longitudinal sobre a inteligência com adultos e idosos de Schaie.
1959	Publicação do primeiro manual sobre Psicologia da velhice (Birren, 1959), com revisão da literatura de investigação de autores de destaque nas suas respetivas áreas.
1980 - 1990	Surgimento de novas áreas de interesse geradas pelas necessidades sociais associadas ao envelhecimento populacional e à longevidade (ex. apoio a cuidadores informais de idosos dependentes, custos dos sistemas de saúde e de segurança social, entre outros).

Fonte: Neri (2008)

A Gerontologia é ainda uma ciência recente e em franca expansão devido ao crescente envelhecimento demográfico da sociedade atual. Face a isto, Neri (2008) identificou os principais desafios da Gerontologia na atualidade:

1. Impulsionar a investigação e as teorias;
2. Construir e testar os modelos explicativos;
3. Conciliar os conceitos de desenvolvimento e envelhecimento;
4. Conciliar os vários conceitos de idade e tempo;
5. Vencer os preconceitos dos próprios investigadores;
6. Descrever diferenças intra e interindividuais do envelhecimento;
7. Integrar a velhice no curso de vida.

Sabendo que o envelhecimento é um fenómeno estruturante a nível mundial, a ciência gerontológica constata que os seus territórios apresentam uma diversidade e complexidades crescentes, dado que o envelhecimento da sociedade, e de cada um de nós, revela-se profundamente desafiante.

1.2. A Gerontologia Social relativamente à Gerontologia

Com o desenvolvimento da Gerontologia surgiram ramos de estudo, como é o caso da Gerontologia Social que partilha o objetivo e os objetos de estudo com a Gerontologia, mas tem um foco de estudo distinto.

O termo Gerontologia Social foi usado pela primeira vez, em 1964, por Clark Tibbits para descrever a área da Gerontologia que se ocupa do impacto das condições sociais e socioculturais do envelhecimento e das consequências sociais desse processo (Neri, 2008). Trata-se do estudo dos aspetos sociais das pessoas idosas, da velhice e do processo de envelhecimento, onde se integra o estudo de características sociais, económicas e demográficas das pessoas idosas. É uma área científica de formação recente que constitui uma exigência e necessidade das sociedades contemporâneas. Na verdade, surge como construção de uma área multidisciplinar do conhecimento na procura do saber sobre as interdependências entre o envelhecimento humano e coletivo, designadamente ao nível do impacto dos fenómenos do envelhecimento nas estruturas familiares, na economia, na proteção social, no direito, nas representações sociais sobre a vida, a morte e o envelhecimento, assim como, nas práticas culturais e na relação com o tempo.

A Gerontologia Social tem um forte carácter interventivo e, por isso, a sua dedicação à compreensão do impacto das condições socioculturais no processo de envelhecimento, as suas consequências e as ações sociais, para que um profissional da Gerontologia Social

planeie, monitorize e avalie programas ou ações interventivas no contexto público e/ou privado, no sentido de otimizar o envelhecimento humano e melhorar a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas. De acordo com Paúl (2005), os gerontólogos tentam explicar os problemas funcionais dos idosos, o envelhecimento como processo que ocorre ao longo do tempo e a idade enquanto padrão de comportamento social. Para além disso, a Gerontologia Social debruça-se em áreas como atitudes em relação à velhice, práticas e políticas sociais, formas de gestão da velhice pelas instituições sociais e pelas organizações governamentais e não-governamentais, redes de suporte social, relações intergeracionais (Johnson, 2005).

Para além da intervenção, a investigação é também uma preocupação da Gerontologia Social que na hora de escolher os métodos e técnicas tem em conta que os indivíduos diferem uns dos outros e mudam ao longo do ciclo de vida. Desta forma, na área da Gerontologia Social são realizados estudos qualitativos, quantitativos e multimétodo e em termos de *designs* recorre a planos transversais, longitudinais e sequenciais.

Tendo em consideração que o envelhecimento é um processo contínuo desde a concepção até à morte, a Gerontologia Social enquadra-se predominantemente na *perspetiva do ciclo de vida* (“life span/life course perspective”) proposta por Baltes (1987), defensora que o potencial para a mudança desenvolvimental está presente ao longo de toda a vida de forma multidirecional, multidimensional e multicausal (Fonseca, 2005). Os objetivos são: (a) apresentar uma estrutura e sequência do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida; (b) identificar as ligações entre acontecimentos e processos desenvolvimentais que ocorrem em diferentes períodos de tempo; (c) identificar os fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais que estão na base do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida; (d) especificar as oportunidades e ameaças biológicas e ambientais que moldam o desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, incluindo o seu grau de plasticidade. Em consonância com a Gerontologia, trata-se de uma abordagem multidisciplinar ao desenvolvimento, tendo como premissa central as mudanças verificadas nos indivíduos ao longo das suas vidas que afetam, potencializam e condicionam o seu desenvolvimento.

De facto, a Gerontologia Social é uma área de estudo abrangente e face à necessidade de uma perspetiva integradora neste âmbito, Bass (2009) apresentou uma proposta teórica sensível ao passado e às implicações do presente e do futuro que engloba influências de nível micro e macro, sendo que a evolução de todas as estruturas envolvidas e as suas interações determinam o processo de envelhecimento individual.

1.3. Uma perspectiva integradora da Gerontologia Social

Bass (2009) apresentou uma perspectiva inovadora da Gerontologia Social que combina componentes diversos que, em conjunto, contribuem para a compreensão do indivíduo em processo de envelhecimento na sociedade atual. Trata-se de uma teoria que combina uma *macroperspetiva* que avalia os contextos social, económico, ambiental, cultural e político que influenciam o comportamento humano e a saúde com uma *microperspetiva* ao nível individual e familiar ao longo das mesmas dimensões.

Os contextos de vida nos quais o envelhecimento ocorre mudam ao longo de diferentes períodos de tempo e são influenciados por importantes eventos históricos, variando entre as diferentes nações e regiões geográficas. Desta forma, o acumular de vantagens e desvantagens ao longo do ciclo de vida deve ser considerado na compreensão da experiência do envelhecimento, uma vez que as experiências acumulam-se e influenciam capacidades, acesso, recursos, relações, escolhas e ações em fases posteriores da vida. Para além disto, a perspectiva teórica de Bass (2009) reconhece a importância do poder político na compreensão do processo de envelhecimento e, assim, torna-se um modelo conceptual integrado reflexo das consequências do tempo, incluindo a cultura, a posição social, as circunstâncias económicas, forças ambientais e atributos individuais.

A maioria dos modelos conceituais tem representações visuais estáticas e bidimensionais. Opondo-se a esta tendência, a teoria integrada da Gerontologia Social não é estática e movimenta-se e altera-se com o passar do tempo. Em vez de traços e setas, um cubo ou esferas, a imagem pode ser mais estruturada, como uma *teia tridimensional* em que os vários elementos são interativos com influências mútuas em diferentes momentos no tempo.

Na figura 1 é apresentada a representação visual da teoria integrada da Gerontologia Social (Bass, 2009), na qual a dimensão vertical consiste no tempo, na experiência acumulada, na história e nos eventos que influenciam o indivíduo, localizado no centro. Os quatro elementos estruturais que unem a figura refletem a economia, a política, a cultura e o coletivo.

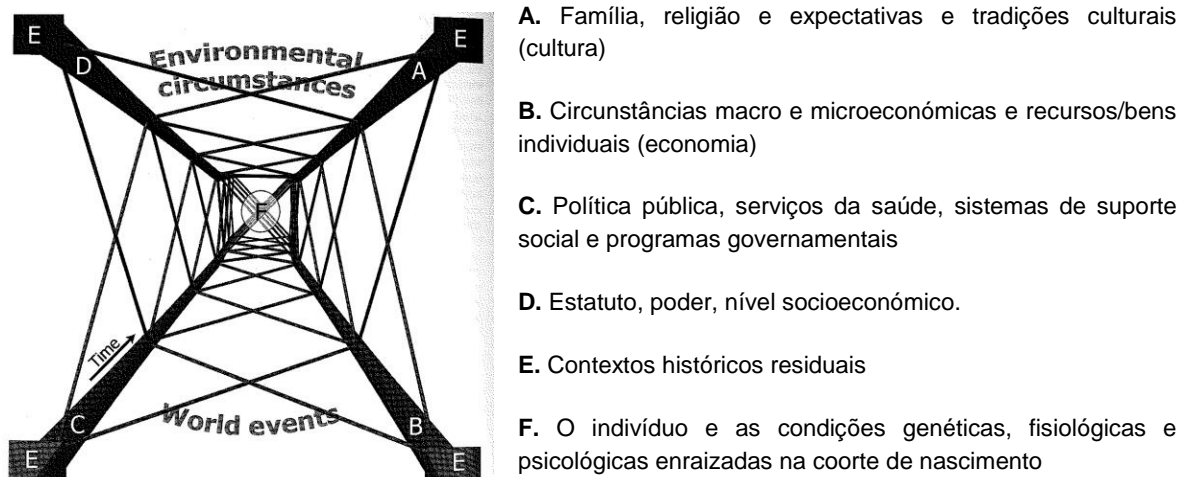


Figura 1. Teoria Integrada da Gerontologia Social (adaptação de Bass, 2009, p. 362)

Especificamente, a figura pode ser descrita da seguinte forma:

(1) O item F, ao centro da imagem, representa o indivíduo e as suas condições genéticas, fisiológicas e psicológicas ao longo da sua coorte de nascimento suspensas entre os componentes estruturais interativos. Com o passar do tempo, o indivíduo vai-se movimentando ao longo da estrutura, acumulando vantagens e desvantagens durante o curso de vida. O curso e trajetória de vida possui características fluídas, com a movimentação do indivíduo e da coorte ao longo da estrutura, interagindo com acontecimentos ambientais e mundiais, com o Governo, a sociedade, a cultura e a economia ao longo do tempo.

(2) O item A representa a família, a cultura, a religião, e as tradições e expectativas culturais do indivíduo. A cultura não é um elemento estático e as normas culturais podem existir num contexto societal alargado ou dentro de uma etnia, religião, localização geográfica ou comunidade específicas. A tarefa agora consiste na compreensão e descrição das normas micro e macro culturais que rodeiam o indivíduo. Simultaneamente, o indivíduo pode influenciar o ambiente cultural através de novas ideias, mudanças nas tradições e inovações na prática.

(3) O item B representa as circunstâncias micro e macroeconômicas nas quais os indivíduos se encontra. As pensões/reformas, públicas ou privadas, possuem uma influência significativa sobre as opções de escolha neste período de vida. À medida que os recursos económicos se vão acumulando ao longo da vida, aqueles que obtiveram maiores rendimentos ou que gastaram menos ao longo da vida, podem ter acumulado mais bens, sendo mais provável que estejam em melhor situação financeira na velhice. Contudo, os indivíduos mais velhos estão ainda sujeitos às incertezas da economia.

(4) O item C representa o papel do Governo e dos sistemas de suporte públicos ou privados. Isto inclui políticas públicas, serviços de saúde, programas governamentais e sistemas de suporte social. As mudanças ao nível das políticas públicas podem ter efeito direto na qualidade de vida de uma pessoa idosa.

(5) O item D representa os construtos sociais alargados que rodeiam o indivíduo como o estatuto, o poder e o nível socioeconómico. Os indivíduos podem descender de diferentes ambientes sociais com diferentes estatutos socioeconómicos. Para alguns, a mobilidade pode ser possível através da educação, mas para muitos, pode ser limitada.

(6) O item E constitui o contexto histórico no qual todos os elementos estão ancorados. Cada um dos itens de A a D emerge de um passado prévio ao nascimento do indivíduo, tendo influência sobre os elementos estruturais principais e, como resultado, apresenta consequências para o indivíduo.

Em suma, existe interação entre o indivíduo (F), os seus antecedentes históricos (E), o ambiente envolvente, o seu estatuto social (D), as políticas governamentais (C), as circunstâncias económicas (B) e as tradições culturais da antiga comunidade (A).

Após a apresentação do modelo concetual da Gerontologia Social, importa clarificar uma série de linhas orientadoras.

Em primeiro lugar, o indivíduo encontra-se num ambiente sociopolítico alargado. As opções individuais são altamente influenciadas pelas estruturas sociais e existem influências multinível desde a família, a comunidade, o Estado e a economia nacional e internacional que podem afetar significativamente as possibilidades e opções disponíveis para as pessoas idosas.

Em segundo lugar, as influências de nível macro são dinâmicas e mudam ao longo do tempo e entre as muitas nações. Ou seja, a natureza do trabalho, a economia, acontecimentos mundiais e os sistemas de financiamento público-privados variam em diferentes momentos históricos e em diferentes localizações. Os sistemas de segurança social e pensões privadas providenciaram a segurança económica dos idosos à medida que envelhecem. No entanto, estes sistemas são vulneráveis à mudança de abordagens políticas e económicas. Em vez de sistemas de suporte centralizados por parte dos governos e entidades empregadoras, os sistemas de pensões são cada vez mais dependentes das poupanças individuais que variam significativamente de indivíduo para indivíduo. O financiamento das pensões/reformas atuais pode ser muito diferente do de amanhã e, por isso, a teoria integradora da Gerontologia Social reconhece que as circunstâncias mudam e evoluem.

Em terceiro lugar, uma premissa central é que a fase final da vida não é mais do que um ponto no tempo na trajetória de vida do indivíduo e que compreender essa experiência requer a percepção do acumular de experiências durante o ciclo de vida. Por exemplo, as

vantagens e desvantagens acumuladas de forma diferenciada por raça, nível socioeconómico e género identificadas previamente são cumulativas durante o tempo (Dannefer & Settersten, 2010). O agregar de vantagens e desvantagens pode influenciar o indivíduo e o suporte que vai estar presente na velhice.

Em quarto lugar, as consequências psicológicas, sociais, culturais e económicas de alterações corporais são uma área de interesse. À medida que o corpo muda inevitavelmente durante o processo de envelhecimento, a forma como os indivíduos respondem e como a sociedade trata o indivíduo a envelhecer são motivo de preocupação (Gilliard & Higgs, 2000 como citado em Bass, 2009). O corpo em processo de envelhecimento é um tema que preocupa os investigadores sociais, não de uma perspetiva médica, mas de um ponto de vista das consequências e respostas a essas mudanças, tanto a nível individual como a nível da sociedade.

Em quinto lugar, a influência do desenvolvimento de políticas em sociedades democráticas é politicamente estratificada. Para os gerontólogos sociais, o desejo de um processo de decisão política *baseado no mérito* (“merit-based”), que iria providenciar os recursos necessários aos mais velhos, permanece um objetivo, mas a realidade do processo é bastante diferente. Considerando um quadro teórico integrado, é importante reconhecer que a Política é um importante componente na definição de políticas públicas e o tratamento subsequente de grupos ou indivíduos.

Em sexto lugar, existe uma interação constante entre o indivíduo e a sociedade, influenciando-se reciprocamente ao longo do tempo, criando múltiplas perspetivas sobre um fenómeno. A relação entre indivíduo e forças sociais, económicas e políticas é dinâmica. Por um lado, o indivíduo é moldado pela influência de políticas, regras, normas culturais, tradições e expectativas. Por outro, estas normas sociais e políticas evoluem e mudam como consequência da influência dos cidadãos. As trocas são desordenadas e imprevisíveis com a mudança a surgir após trocas múltiplas e repetidas e daí a incerteza nas sociedades de risco.

Tendo em conta os princípios orientadores da proposta teórica de Bass (2009) acerca da Gerontologia Social, este modelo teórico apresenta-se como um modelo válido para a compreensão do envelhecimento, uma vez que não é estática, evoluindo tal como as circunstâncias se alteram e, assim, reflete o meio e o indivíduo em mudança.

2. O Envelhecimento Coletivo e Individual

2.1. Envelhecimento Coletivo

A partir da segunda metade do século XX, um novo fenómeno surge nas sociedades desenvolvidas – o envelhecimento demográfico. Trata-se de uma transição demográfica em que se passa de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efetivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efetivos populacionais idosos (Instituto Nacional de Estatística - INE, 2012). Por outras palavras, o envelhecimento global foi uma mudança sem precedentes do aumento da proporção de pessoas idosas em relação aos outros grupos etários.

Nas últimas cinco décadas, a demografia portuguesa transformou-se de acordo com as mudanças sociais, económicas e políticas nacionais e internacionais. E, de facto, o envelhecimento populacional deve-se a dois fatores principais: o declínio da fecundidade e a redução da mortalidade (Rosa, 2012).

Em 1970, Portugal tinha um dos níveis de fecundidade mais elevados da Europa (3,2 filhos por mulher). Mas em 2008, o índice sintético de fecundidade passou para 1,4 filhos por mulher, passando Portugal a ter um dos níveis mais baixos da Europa e do mundo (Nazareth, 2009). Deste declínio bruto dos níveis de fecundidade resulta a incerteza de que a renovação de gerações esteja garantida, uma vez que para que tal seja assegurado é necessário que cada mulher tenha em média 2,1 filhos.

Esta diminuição dos níveis de fecundidade é acompanhada por um retardar do projeto de maternidade: a idade média das mulheres aquando do primeiro filho aumentou mais de cinco anos nas últimas duas décadas e meia, situando-se próxima dos 29 anos (Rosa, 2012). Esta situação deve-se à progressiva emancipação da mulher, que se verifica, por exemplo, no aumento da sua participação no mercado de trabalho e no prolongamento dos percursos académicos até idades mais tardias. Para além disso, hoje em dia, as mulheres têm a sua própria determinação na decisão acerca de fecundidade, nomeadamente através da generalização dos métodos contracetivos, do planeamento familiar e da sua inclusão no sistema público de saúde.

A redução da mortalidade deve-se à melhoria das condições gerais de saúde, nomeadamente através dos progressos médicos, científicos e sociais. O melhor exemplo ilustrativo da redução da mortalidade e o conseqüente aumento da esperança média de vida é a taxa de mortalidade infantil que é um indicador estatístico que se traduz no número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade por cada 1000 nascimentos. Em

Portugal, nos anos 60 morriam cerca de 80 crianças com menos de um ano por cada 1000 que nasciam, atualmente morrem menos de três (Rosa, 2012). Com estes resultados, Portugal passou do país com a maior taxa de mortalidade infantil nos anos 60 para o 6.º com menor taxa da União Europeia dos 27.

No entanto, temos também que falar do aumento da esperança média de vida à nascença. Quem nasceu em Portugal, em 1960, a esperança média de vida era 60,7 anos se fosse homem e 66,4 anos se fosse mulher, mas dados dos Censos 2011 revelam que os homens esperam viver até aos 76,5 anos e as mulheres até aos 82,4 anos (INE, 2012), sendo que a esperança média de vida das mulheres tem aumentado sistematicamente ao longo da última década. Também o grupo dos idosos muito idosos (80 anos e mais) tem um considerável aumento. Em 2005, 1,3% da população mundial tinha 80 anos ou mais e espera-se que a meio do século esta faixa etária represente 4,4% da população total (United Nation, 2007 como citado em Phillips, Ajrouch & Nallétamby, 2010). Na Europa, o número de idosos quase duplicará de 85 milhões em 2008 para 151 milhões em 2060, sendo que o grupo dos idosos muito idosos quase triplicará de 22 milhões em 2008 para 61 milhões em 2060 (Paúl & Ribeiro, 2012).

Resultado do declínio da fecundidade e da redução da mortalidade, 2000 foi o primeiro ano em que o número de pessoas com 65 ou mais anos ultrapassou o número de jovens (pessoas com menos de 15 anos). Se em 1960, o número de pessoas com menos de 15 anos (2,6 milhões) era claramente superior ao número de pessoas com 65 e mais anos (709 mil), em 2008 o cenário alterava-se de forma considerável - 1,9 milhões de idosos e 1,6 milhões de jovens - e a partir de então esta superioridade numérica e estatística tem-se vindo a acentuar (Rosa, 2010). Atualmente, em Portugal, segundo os Censos de 2011 existem 10 356 117 habitantes, cerca de aproximadamente 2% a mais comparando ao ano de 2001, sendo que foi o grupo etário dos 65 e mais anos que registou o maior aumento (19%).

Face ao aumento da longevidade e à redução da natalidade, são múltiplos os desafios que se colocam aos indivíduos e às comunidades (Paúl & Ribeiro, 2012). Os desafios associados ao envelhecimento atravessam vários setores da sociedade, entre os quais, a educação, a saúde e a proteção social. Analisemos agora este problema do ponto de vista do indivíduo.

2.2. Envelhecimento Individual

Afinal, o que é envelhecer do ponto de vista da pessoa? Pode-se afirmar que é um processo no qual as pessoas acumulam anos e progressivamente experienciam mudanças no seu funcionamento biológico, social e psicológico ao longo do ciclo de vida (Phillips, Ajrouch & Nallétamby, 2010). Trata-se de um processo universal, gradual, complexo e irreversível de mudanças e transformações que ocorrem com o passar do tempo. Assim, podemos afirmar que o envelhecimento individual comporta dimensões biopsicossociais e uma dimensão cronológica.

Neste sentido, autores como Schroots e Birren (1980 como citado em Lima, 2010) distinguem o envelhecimento biológico, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer denominada de senescência; o envelhecimento psicológico, definido pela autorregulação do indivíduo, as mudanças na personalidade, nas funções cognitivas e a forma de lidar com o processo de senescência; e o envelhecimento social, relativo à forma como a sociedade encara os mais velhos, as expectativas e os papéis sociais que lhe são atribuídos.

No entanto, o envelhecimento está intimamente ligado à idade. Mas, a idade por si só não é fator suficiente para determinar se um indivíduo é idoso ou não e, é neste sentido, que Hoyer e Roodin (2009) consideram a idade em diferentes perspectivas: cronológica, biológica, psicológica. Por idade cronológica, os autores, consideram o número de anos que passaram desde o dia do seu nascimento. Por sua vez, a idade biológica estabelece parâmetros de medição que consideram a doença nos indivíduos como influência primordial na atribuição de idade. No que trata à idade psicológica, esta refere-se essencialmente às capacidades adaptativas de cada indivíduo face à mudança e, por isso, mede parâmetros como a aprendizagem, a memória, o controlo emocional e motivacional, entre outros. Por fim, a idade social encara o papel do indivíduo na sociedade e nas expectativas criadas para determinada pessoa com aquela idade cronológica.

Envelhecer é um processo amplamente ligado aos processos de diferenciação e crescimento, uma vez que resulta da interação de fatores internos como o património genético e externos como o estilo de vida, o estatuto socioeconómico e o ambiente em que o indivíduo vive. Consequentemente, uma característica marcada do envelhecimento é a variabilidade inter e intraindividual. Esta variabilidade é resultante do facto do envelhecimento não ser linear e fixo em termos de idade, pois o envelhecimento é vivido por cada indivíduo de maneira diferente e a manifestação dos seus sinais é singular (Rosa, 2012). Também por este motivo, existe uma duplicidade de visões acerca da velhice. Por um lado, a visão negativa associa a velhice à morte e dá ênfase aos sinais de deterioração

física numa fase de frustração, solidão e infelicidade. E, por outro lado, a visão positiva associa a velhice ao privilégio de alcançar idades mais avançadas.

Em suma, pode-se afirmar que o envelhecimento é o processo que ocorre ao longo de toda a nossa vida, desde a concepção até à morte, enquanto a velhice é uma fase da vida, a última, designando-se por idoso, o indivíduo que se encontra neste período da vida (Baltes & Baltes, 1990).

2.3. O envelhecimento na 3ª e 4ª idade

Com o aumento da esperança média de vida, surgiu a concetualização de várias idades da velhice, nomeadamente a 3.ª idade (65-74 anos) e a 4.ª idade (75 e mais anos) (Neugarten, 1974, como citado em Phillips & Hillcoat-Nallétamby, 2010). A 3ª idade é a designação de “young-old” e a 4ª idade de “old-old” e/ou “oldest old”.

Nas últimas três décadas verificou-se um aumento aproximadamente de 4 a 7 anos à esperança de vida dos indivíduos com 80 anos. Baltes e Smith (2003) consideram útil uma distinção entre a 3.ª idade e a 4.ª idade devido às descontinuidades e diferenças qualitativas entre as idades da velhice, evidenciadas no *Berlin Aging Study* (BASE).

A 3.ª idade fica marcada pelo aumento da expectativa de vida, elevado potencial latente de manutenção de boa forma física e mental, existência de substanciais reservas cognitivo-emocionais e níveis elevados de bem-estar pessoal e emocional. Tendo em conta a elevada plasticidade dos indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos, estes mostram uma capacidade considerável para regular o impacto subjetivo da maioria das perdas que vão ocorrendo, conseguindo adotar estratégias eficazes de gestão de ganhos e de perdas da velhice (Baltes & Smith, 2003).

Relativamente à 4.ª idade, o BASE apurou que todos os sistemas comportamentais mudam concomitantemente em direção a um perfil cada vez mais negativo e que poucas funções permanecem robustas e resilientes perante mudanças negativas, sendo que esta tendência acentua-se com a maior frequência de ocorrência de patologias. Os investigadores do estudo BASE revelaram a existência de uma acentuada disfuncionalidade na velhice mais tardia. Em contraste com os idosos mais novos, os dados recolhidos em indivíduos com 90 e 100 anos de idade mostram claramente inúmeras consequências negativas resultantes do facto de viverem mais tempo e de atingirem a “quarta idade” (Fonseca, 2006).

Existem perdas consideráveis no potencial cognitivo e na capacidade de aprendizagem, um aumento de sintomas de *stress* crónico e considerável prevalência de

demências, o que torna a 4.^a idade a forma mais radical de imperfeição da arquitetura humana (Baltes, 1997). Segundo Baltes e Smith (2003), na 4.^a idade os mecanismos individuais de adaptação tornam-se progressivamente menos eficazes e existe uma elevada prevalência de disfunções, fazendo com que seja necessário contar-se mais com os recursos para manter um nível de qualidade de vida aceitável.

Em suma, apesar dos resultados positivos relativos à 3.^a idade, os resultados do BASE revelaram igualmente a existência de uma acentuada disfuncionalidade na velhice mais tardia. Face a esta situação, não podemos olhar unicamente para as boas notícias da 3.^a idade e, sim, prestar atenção às notícias não tão boas da 4.^a idade de forma a encarar as dificuldades crescentes e saber lidar com novos desafios e dilemas.

3. Envelhecimento bem-sucedido no lugar: desafios atuais

Os indivíduos querem manter a sua independência e qualidade de vida e viver nas suas próprias casas até ao fim das suas vidas é, na sua opinião, a melhor opção. Pensando desta forma, a família geralmente desempenha um importante papel na decisão de envelhecer em casa ou numa instituição (Saad, 2004).

No ciclo de vida familiar, desde cedo se iniciam as preocupações com as fragilidades da geração mais velha e surge a necessidade de organizar apoio e os devidos cuidados para os pais idosos. Primeiramente, o cuidado é, apenas, centrado na promoção da saúde e prevenção da doença, por exemplo proporcionar consultas de rotina ou recorrer a urgência hospitalar, em caso de sintomatologia aguda. Mas, nas fases seguintes a família tem de saber lidar com eventuais incapacidades dos idosos, podendo culminar em perda total da independência ou na morte de algum dos elementos da família (Paúl e Ribeiro, 2012). Neri (2002) menciona que em todo o mundo a família é a principal fonte de cuidados a idosos.

Nas últimas décadas, a estrutura familiar tem sofrido mudanças. Ao tempo que aumentam os avôs e os bisavôs, diminuem os irmãos, tios e primos. Assim, assiste-se a famílias que coabitam três gerações simultaneamente, mas também torna-se comum que uma pessoa idosa viva sozinha ou com o seu cônjuge também idoso. Para Fernandez-Ballesteros (2004), vários são os motivos que influenciam vários membros de uma família a partilharem casa e certas investigações mostram que os idosos tendem a viver com uma filha casada quer por questões de saúde, viuvez ou falta de recursos económicos.

Face às mudanças na estrutura familiar, onde se destaca a extensão do tempo em que se desenvolvem papéis familiares e as dificuldades de prosseguir com um modelo de cuidados familiares, são desenvolvidas e implementadas políticas públicas de apoio à população mais envelhecida. No século XX, foram vários os esforços para apoiar o envelhecimento da população através da melhoria da qualidade de vida nas cidades, como é o caso do *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (OMS, 2002) e o relatório londrino *Lifetime homes, lifetime neighborhoods: A national strategy for housing in ageing society* (Department for Communities and Local Government, 2009). Para além disso, são desenvolvidas políticas no âmbito das respostas sociais como, por exemplo, serviços de apoio domiciliário, centros de dia e de convívio e estruturas residenciais para idosos. A última resposta social é a opção de institucionalização dos idosos, sendo que as instituições de acolhimento de idosos têm como objetivos: (a) atender e acolher idosos cuja situação social, familiar, económica e/ou de saúde não permita resposta alternativa; (b) proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos residentes; (c) proporcionar alojamento temporário como forma de apoio à família, e; (d) prestar os apoios necessários às famílias dos idosos, no sentido de preservar e fortalecer os laços familiares (Bonfim, Garrido, Saraiva & Veiga, 1996).

O processo de institucionalização da pessoa idosa é, sem dúvida, um fator de stress que propicia inúmeras alterações a nível psicossocial, ainda que o ambiente institucional tente oferecer uma base segura e adaptar-se às necessidades físicas e emocionais dos idosos, deixando margem para que esta possa manifestar a sua própria personalidade (despacho normativo 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998).

Carvalho e Dias (2011) referem a importância do idoso participar e colaborar na decisão e planeamento da sua institucionalização, pois o pleno conhecimento das medidas tomadas, bem como, a relação do idoso com o espaço, contribuem para uma melhor aceitação e adaptação. A qualidade de vida dos idosos institucionalizados dependerá, primeiramente, do acolhimento na instituição e, de seguida, do convívio de pessoas próximas (familiares ou amigos), isto de forma a evitar o estado de solidão e isolamento que muitos vivenciam.

Idosos independentes, quando institucionalizados, podem desenvolver diferentes graus de dependência devido à sua dificuldade em aceitar e adaptar-se às novas condições de vida e à falta de motivação e de encorajamento que são comuns no ambiente institucional (Cardão, 2009). A mudança de residência para um lar de idosos retira ao indivíduo a necessidade de fazer um conjunto de tarefas que estaria habituado a desempenhar como, por exemplo, cozinhar, tratar de algum animal doméstico, desenvolver atividades ligadas à horticultura ou jardinagem e verifica-se também um impacto nas relações interpessoais, sendo comum uma diminuição de contacto com pessoas relevantes na vida do idoso, pelo

facto de amigos, vizinhos e mesmo familiares não o visitarem ou não se encontrarem tão frequentemente em comparação ao período em que o mesmo ainda vivia na sua casa (Tomasini & Alves, 2007).

A maioria dos estudos demonstram associações negativas sobre a instituição, contudo existe uma corrente de estudiosos que recomendam essas instituições para aqueles idosos que possuem dependência total e impossibilidade de recuperação, ou moram sós e não têm família, levando-nos a considerar o valor social dessas instituições, pois constituem um lugar de proteção e de cuidado em situações de vulnerabilidade social (Medeiros, 2012).

Em suma, pode-se afirmar que a institucionalização apresenta aspetos positivos e negativos. A título exemplificativo, como aspeto positivo destaca-se o facto de ser uma forma dos idosos receberem os cuidados de que necessitam quando a família não pode ou não quer prestar esses cuidados, permitindo a convivência de pessoas da mesma idade e o desenvolvimento de atividades e, consequentemente, reduzindo o risco de isolamento social e como aspeto negativo assinala-se que ao ser integrado na sua nova residência, o idoso chega com uma bagagem cultural e com a sua história de vida, das quais é obrigado a abrir mão no momento da institucionalização, para viver em comunidade segundo as regras estabelecidas. No entanto, como a preferência dos idosos é envelhecer em casa e como, atualmente, assiste-se a um conjunto de transformações aceleradas no meio ambiente físico e sócio-relacional que fazem com que os idosos percam parte do que está na base da sua identidade pessoal, importa, então, refletir sobre o envelhecimento no lugar.

3.1. Envelhecer em casa

Toda a experiência humana ocorre num lugar específico. Com o aumento do número de pessoas idosas e do número de idosos muito idosos nas sociedades industrializadas, os desafios dos investigadores e dos interventores sociais, assim como, dos decisores políticos alteraram-se. Neste sentido, a literatura mais recente começou a abordar um novo conceito – *aging in place*. O estudo do *envelhecer no lugar/em casa*, tradução de *aging in place*, foca-se na capacidade das pessoas idosas em continuar a viver nas suas próprias casas ou na vizinhança/bairro e de se adaptar às necessidades e condições que se vão alterando ao longo do tempo (Fänge, Oswald & Clemson, 2012). Alguns autores, consideram que este conceito tem essencialmente uma origem política, sendo uma forma de minimizar os custos com o apoio a instituições de solidariedade social, assumindo mesmo que este conceito consiste numa das mais recentes iniciativas de políticas públicas que pretende promover a casa e os serviços de base comunitária em detrimento

de respostas sociais como os lares de idosos (Grabowski, 2006 como citado em Scharlach, Graham & Lehning, 2011).

Posto isto, a Gerontologia Social tem reconhecido o papel central do ambiente físico sobre o processo de envelhecimento e foi desenvolvido um ramo específico da Gerontologia que se debruça no estudo destas questões – a Gerontologia Ambiental.

A Gerontologia Ambiental enfatiza o desenvolvimento de um conhecimento aprofundado das inter-relações entre as pessoas mais velhas e os seus ambientes físico-sociais e como essas relações influenciam uma variedade de resultados para as pessoas idosas. Consequentemente, o objetivo da Gerontologia Ambiental é descrever, explorar e otimizar a relação entre a pessoa a envelhecer e o seu ambiente físico-social (Wahl & Oswald, 2009).

Uma vez que os idosos passam a maior parte do tempo em casa ou no ambiente imediatamente próximo, a base lógica da Gerontologia Ambiental concentra-se na residência dos idosos, pois uma longa vivência no mesmo lugar muitas vezes evoca fortes ligações cognitivas e afetivas, operacionalizadas no sentimento de comunidade e na vinculação ao lugar.

O foco na otimização, por parte da Gerontologia Ambiental, reflete uma aspiração para contribuir diretamente para a melhoria da qualidade de vida na velhice através de medidas de intervenção, tendo em consideração que o envelhecimento é diferencial tendo em conta zonas geográficas (ex. rurais versus urbanos), o que faz com que estejamos perante contextos de necessidades e serviços diversos para a manutenção da vida autónoma muito distintos (Paúl, 2005). A otimização do ambiente físico-social criou uma das mais fortes ligações para a aplicação com a Gerontologia Social. No sentido da otimização, a Gerontologia Ambiental depara-se com os seguintes desafios: (1) compreender como os indivíduos em processo de envelhecimento gerem as oportunidades e constrangimentos das suas condições ambientais físico-ambientais; (2) clarificar as conexões existentes entre as dimensões objetivas e subjetivas dos indivíduos e o seu mundo; (3) avaliar a contribuição da perspetiva pessoa-ambiente para a compreensão do curso e resultados/*outcomes* do envelhecimento,

O envelhecimento é um processo contextualizado. Dannefer (1992) entende por contexto a totalidade de fenómenos, eventos e forças diversas que existem externamente ao desenvolvimento individual. O ambiente constituiu um dos conjuntos de fatores que devem ser tidos em conta quando estabelecemos tipologias para caracterizar experiências do processo de envelhecimento, uma vez que a forma de envelhecer depende do lugar em que se vive.

Dado que as pessoas com défices ao nível da competência são particularmente vulneráveis ao seu ambiente físico-social tem sido dada especial atenção a atributos

pessoa-ambiente como segurança, acessibilidade, orientação, privacidade e controle pessoal. Mas, o âmbito da Gerontologia Ambiental alcança todo o *continuum* do bem-estar, desde o indivíduo mais competente ao indivíduo mais frágil. Para além disso, abrange todos os níveis relativos ao ambiente de acordo com o modelo bioecológico de Bronfenbrenner (1999), ou seja, *micro* (a residência), *meso* (i.e. bairros e infra-estruturas) e *macro* (urbano *versus* rural, envelhecer em determinados países ou regiões, globalização).

No sentido de compreender qual o nível ótimo de estimulação ambiental para os idosos, existe uma série de modelos teóricos, em que a unidade em análise é “*la-persona-en-el-ambiente*” (Fernández-Ballesteros, 2004, p. 259)

Preocupando-se com a falta de uniformidade da teoria e investigação, a necessidade de maior integridade psicométrica em avaliações relacionadas com o ambiente e a necessidade de modelos e constructos teóricos que acomodem contextos temporais e atividades ambientais, Lawton (1986) desenvolveu o *Modelo de Pressão - Competência*, em que a relação pessoa-ambiente é analisada como resultado da relação entre o nível de competência pessoal e o nível de pressão ambiental. Assim, a competência é entendida como o limite teórico da capacidade do indivíduo em função das suas condições de saúde, condições sensoriais, o nível de funcionalidade e as capacidades cognitivas. A pressão ambiental é determinada pelas características do ambiente físico real e percebido. Consequentemente, existem duas situações igualmente negativas para o indivíduo: quando o nível de pressão ambiental é baixo ou muito baixo e quando o nível de pressão é alto ou muito alto.

Lawton (1989 como citado em Wahl & Oswald, 2009) parte da suposição básica que a capacidade de adaptação a uma determinada pressão ambiental (as exigências e limitações do ambiente) declina à medida que as pessoas envelhecem, devido a um aumento das limitações funcionais. Contudo, existe a hipótese da proatividade ambiental que assume que os idosos podem lutar proativamente para realizar modificações em sua casa, de acordo com os seus desejos e necessidades de forma a poderem manter-se independentes. Isto permite aos idosos lidarem com a pressão ambiental e beneficiarem do leque de oportunidades ambientais disponíveis.

Carp (1987 como citado em Fernández-Ballesteros, 2004) apresenta o *Modelo de Congruência Pessoa-Ambiente*, no qual se encara congruência como a similaridade entre as necessidades pessoais e as condições ambientais que facilitem ou inibem a satisfação das mesmas e congruência como complementaridade entre o nível de competência pessoal e os recursos ou barreiras que determinado ambiente apresenta. O pressuposto básico é que a congruência prediz bem-estar e satisfação. Kahana (1982) aponta três fatores que podem dificultar a congruência: (1) características restritas do ambiente; (2) limitações do nível de autonomia pessoal; e, (3) percepção da limitação do grau de liberdade pessoal.

O *Modelo de Ecologia Social* de Moos (Moos, 1976 como citado em Paúl, 2005) aborda o impacto do meio físico e social na adaptação de idosos, especialmente em contexto institucional de lar, relacionando o ambiente e a adaptação dos idosos. Este modelo foca-se nas características objetivas da instituição em questão e as variáveis pessoais, as quais resultam num clima social que influenciará respostas de confronto, adaptação em termos de ajustamento, nível de atividade e utilização de serviços. Influenciado por este modelo, Moos (1987 como citado em Fernández-Ballesteros, 2004), usando o *Multiphasic Environmental Assessment Procedure* (MEAP), analisou dados de 93 equipamentos de apoio social a idosos em quatro domínios: (1) características físico-arquitetónicas; (2) características da gestão e programas; (3) características dos residentes e dos colaboradores; e, (4) características do clima social. O modelo ecológico social assume que a perceção de bem-estar e satisfação depende quer de dimensões do ambiente quer de características dos residentes.

Também no sentido de conhecer os contextos ambientais, tanto do ponto de vista físico como ambiental, e para se compreender como estes influenciam o comportamento dos idosos institucionalizados, Fernández-Ballesteros (1998) desenvolveu o *Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos* (SERA). Assim, este instrumento de avaliação pretende averiguar a interação entre variáveis ambientais e pessoais no processo de adaptação dos idosos ao meio, incidindo: (1) nos aspetos físicos e arquitetónicos; (2) nas políticas e programas em vigor; (3) nos serviços disponíveis e afluência aos mesmos; (4) no clima social, e; (5) nos fatores pessoais dos idosos. Para tal, o SERA é composto por nove escalas, nomeadamente: (1) Inventário das Características Arquitetónicas e Físicas (ICAF); (2) Inventário das Características Organizativas – Funcionamento (ICOF); (3) Inventário das Características do Pessoal e Residente (ICPR); (4) Escala do Clima Social (ECS); (5) Escala de Avaliação (EA); (6) Lista das Necessidades (LN); (7) Questionário de Informação Pessoal (QIP); (8) Questionário de Satisfação (QS); (9) Mapa de Interação Ambiental do Comportamento (MICA).

Num estudo multidimensional e com uma abordagem do tipo estudo de caso, Paúl e Duarte (2006) tinham como objetivos: (1) traduzir e adaptar o SERA (Fernández-Ballesteros (1998); (2) testar a adequação do SERA à avaliação de ambientes institucionais em Portugal; (3) conhecer dois contextos institucionais de carácter distinto – sem fins lucrativos (Público) e com fins lucrativos (Privado). Os procedimentos de aplicação de cada escala do SERA seguiram os mesmos passos em ambos os equipamentos, sendo a estratégia de recolha de dados a hétero-administração quer a corpos dirigentes, funcionários e idosos e foi também utilizado o recurso à consulta de dados em arquivo nas instituições. Os resultados apontam para que o perfil ambiental, de ambas as instituições seja distinto. Através da análise de cada unidade ecológica ambiente/pessoa denota-se a transação

entre variáveis ambientais físicas e pessoais envolventes e concluiu-se que o lar de idosos de cariz privado é avaliado genericamente de forma mais positiva. Assim, de acordo com um perfil ambiental, pode-se antever níveis de adaptação e desempenhos comportamentais (Paúl e Duarte, 2006). Estes diagnósticos ambientais são um passo para a introdução de mudanças e de novas estratégias nos equipamentos existentes, de forma a melhorar este tipo de resposta social, promovendo a qualidade de vida e o bem - estar dos idosos residentes.

A maioria dos estudos sobre ambiente e velhice procura definir os critérios e as variáveis ambientais que favorecem ou dificultem o envelhecimento, mas deve também ter em conta a variabilidade de características pessoais dos idosos. No que toca ao ambiente, existem diferenças entre envelhecimento em contexto institucional ou na comunidade e em meio rural ou urbano.

Num estudo com população portuguesa, Paúl (1992) verificou que os idosos institucionalizados tendiam a sentir-se mais sós e insatisfeitos, afastados das suas redes sociais e sem investimento no futuro, enquanto os idosos residentes na comunidade experimentavam um reduzido bem-estar psicológico, sobretudo, devido à falta de apoio adequado na realização de tarefas da vida diária.

Usando igualmente uma amostra com indivíduos institucionalizados e indivíduos a residir em meio familiar, Castellón (2003 como citado em Fonseca, 2004) constatou que não existem diferenças relevantes entre ambos, sendo que a principal preocupação é a saúde, demonstrando o desejo de viver o melhor possível.

Tanto envelhecer em contexto rural como em contexto urbano tem influências no processo de envelhecimento. Nas cidades, os idosos podem deslocar-se a pé ou de transportes públicos, já nas zonas rurais estão mais dependentes de terceiros ou de outros tipos de transporte, o que pode tornar-se problemático no envelhecimento (Wahl & Iwarsson, 2007). No entanto, as zonas urbanas apresentam características de urbanização contemporâneas complexas que podem levar à exclusão social. A exclusão social, definida como um processo multidimensional, exprime várias formas de exclusão combinadas: (a) a participação da população na tomada de decisão e processos políticos; e, (b) o acesso ao emprego e recursos materiais e processos de integração cultural.

Tendo em conta que o envelhecimento é um processo dinâmico biopsicossocial, é fundamental garantir que as intervenções de promoção do *envelhecimento no lugar* assentem em teorias desenvolvimentais integradas e não fragmentadas. Greenfield (2012) usa conhecimentos da teoria bioecológica de Bronfenbrenner e o modelo geral ecológico do envelhecimento de Lawton no sentido de concetualizar uma série de iniciativas e programas para o envelhecimento no lugar e para descrever as suas semelhanças e diferenças, particularmente em termos de recursos através dos quais eles pretendem promover o

envelhecimento no lugar. Neste sentido, as intervenções desenhadas para a promoção do envelhecimento no lugar devem incluir aspetos focados no ambiente e aspetos focados no indivíduo.

De facto, o aumento de investigação associada ao envelhecimento no lugar usando métodos qualitativos, quantitativos ou mistos já é uma realidade e demonstra as atuais preocupações com o processo de envelhecimento. Visto que os adultos mais velhos viveram muitas vezes um longo período de tempo na mesma residência, aspetos cognitivos e emocionais do significado do lugar ligados à biografia. Portanto, o sentimento de pertença a uma comunidade/lugar abrange laços comportamentais e físicos por que foram desenvolvidas rotinas e familiaridade ao longo do tempo. Neste sentido, grande parte da investigação neste domínio foi realizada mediante metodologias qualitativas (Rowlee, 1983; Robinstein, 1920; Sixmith & Slemith, 2001 como citado em Wahl & Oswald, 2009).

Wiles, Leibing, Guberman, Reeve e Allen (2012) questionaram 121 indivíduos com idades compreendidas entre 56 e 92 anos acerca do que seria o lugar ideal para envelhecer com o objetivo de analisar o conceito de envelhecer no seu próprio lugar em termos funcionais, de vinculação emocional e simbólica e significado de casa, vizinhança e comunidade. Os participantes afirmaram querer escolher onde e como iriam envelhecer e identificaram envelhecer no lugar como uma vantagem em termos de sentimentos de vinculação, segurança e identidade em relação à vizinhança e à comunidade. Este estudo demonstrou, ainda, que o envelhecer no lugar atua em múltiplas formas de interação muito além da casa, as quais precisavam de ser tidas em conta tanto na investigação como na política.

A relação entre significado de *casa* (“*home*”) e perda de competência em idades avançadas foi avaliada num estudo alemão (Oswald & Wahl, 2005), composto por 126 idosos. Um terço dos participantes encontravam-se de boa saúde, um terço possuía restrições no que diz respeito à mobilidade e um terço tinha ausência total de visão. Os diferentes significados consistiram nos seguintes: (1) “físico”, focalizando-se na experiência das condições da habitação como a experiência da área residencial ou da mobília; (2) “comportamental”, relacionada com o comportamento quotidiano da pessoa, em casa, e formas de reorganizar determinados itens; (3) “cognitivo”, representa os laços biográficos à casa, como a familiaridade e interiorização; (4) “emocional”, expressa a experiência de privacidade, segurança, prazer e estimulação; e (5) “social”, expressa relações com os demais locatários, vizinhos ou visitantes.

Os participantes mais saudáveis apreciaram mais a localização física, o acesso e amenidade de certos aspetos da casa. Os participantes debilitados fisicamente enfatizaram o significado cognitivo e biográfico da habitação. No que diz respeito aos aspetos

comportamentais e sociais, os participantes cegos concentraram-se mais na sua esfera social e cognitiva e menos sobre os aspetos comportamentais e físicos.

Com a idade, algumas capacidades declinam podendo comprometer a capacidade dos idosos continuarem a viver nas suas casas, ameaçando o envelhecimento no lugar, contudo esta temática é uma preocupação importante em todo o mundo, nomeadamente os diferentes tipos de medidas que são tomadas para chegar a soluções locais, nacionais e internacionais que aumentam e favorecem o envelhecimento no lugar. Uma compreensão dos desafios específicos que os idosos enfrentam em manterem-se nas suas casas deve orientar o desenho de intervenções para efetivamente apoiar o desejo dos idosos envelhecerem no lugar (Fausset, Kelly, Rogers & Fisk, 2011).

Uma outra situação é o facto do número de idosos com demência a envelhecerem em casa estar a aumentar drasticamente. Para além dos problemas que os próprios experienciam, também as pessoas das suas relações próximas e a sociedade deparam-se com novos desafios. Beard, Sakhtah, Imse e Galvin (2012) focaram-se no estudo de casais em que um dos parceiros tem diagnóstico de demência através de entrevistas qualitativas, sendo os dados recolhidos, codificados e analisados tendo em conta os procedimentos da grounded theory. Os investigadores concluíram que os parceiros que prestam cuidados desejam ir onde iam anteriormente e que os problemas não tomem conta das suas vidas. No entanto, apontam o recurso a cuidados formais como suplemento e apenas quando a situação familiar já é muito séria.

De facto, a investigação sobre o envelhecimento no lugar tem o seu grande foco no ambiente doméstico como é o caso do projeto *Enabling Autonomy, Participation, and Well-Being in Old Age: The Home Environment as a Determinant for Healthy Ageing* (ENABLE – AGE; Iwarsson, Nygren, Oswald, Wahl & Tomsone, 2006). O objetivo geral deste estudo foi explorar o ambiente doméstico como um determinante para o envelhecimento bem-sucedido na Alemanha, Suécia, Reino Unido, Hungria e Letónia. Os resultados demonstraram que os participantes que viviam em casas com maior acessibilidade, que tinham uma perceção da sua casa como útil e com significado e que pensavam que as influências externas não eram responsáveis pela sua situação doméstica, eram mais independentes relativamente às atividades da vida diária e possuíam uma maior sensação de bem-estar. Não era o número de barreiras físicas no ambiente doméstico, mas sim a magnitude dos problemas de acessibilidade que estavam substancialmente relacionados a diferentes aspetos de envelhecimento bem-sucedido.

Desta forma, o projeto ENAGLE-AGE foi um projeto europeu multinacional, multidisciplinar e multimétodo, realizado entre 2001 e 2004, que explorou a influência de aspetos objetivos e subjetivos do ambiente da habitação no envelhecimento bem-sucedido, definido através de domínios comportamentais (atividades perante a dependência na vida

diária), cognitivos (satisfação com a vida) e participação social (Iwarsson, Wahl & Nygren 2004).

Sheffield, Smith e Becker (2012), num estudo randomizado controlado, avaliaram uma intervenção que incidia na remodelação nos domicílios dos idosos, onde estava incluída uma avaliação detalhada da perspectiva dos indivíduos em relação ao ambiente e o fornecimento de equipamentos de adaptação e modificações na casa necessários para envelhecer na sua casa. Os resultados indicaram uma melhoria na segurança em casa e no medo de cair dentro da sua própria casa. No entanto, não foram encontradas evidências nem de melhoria da funcionalidade nem de diminuição de quedas. Também num estudo randomizado, Szanton, Thorpe, Boyd, Tanner, Left, Agree, Xue, Allen, Seplaki, Weiss, Guralnik e Gitlin (2011) com o objetivo de determinar o efeito e aceitação de uma intervenção (reparação), avaliaram em 40 casas de idosos com baixo nível socioeconómico e dificuldades em uma ou mais atividades básicas da vida diária ou em duas ou mais atividades instrumentais da vida diária. Os resultados indicaram que 93% dos participantes constatarem que o estudo beneficiou o envelhecimento no lugar.

Uma vez que o envelhecimento no lugar se impõe como uma prioridade na sociedade atual, importa saber quais as características de uma comunidade ideal. Neste sentido, Scharlach, Graham e Lehning (2012) examinaram uma abordagem que visa promover o envelhecimento no lugar através de uma combinação de suporte dos membros, referências de serviços e envolvimento do consumidor. Os autores concluíram que a comunidade providencia uma variedade de serviços de suporte para ajudar os membros a envelhecer no lugar, atendendo às suas necessidades e promovendo a sua saúde e qualidade de vida. Ainda nesta linha de pensamento, na Suécia foi desenvolvida uma iniciativa única para o envelhecimento no lugar que usou um método de *workshop* do futuro que ajuda os participantes a planear o seu envelhecimento no lugar, especificamente em casa e na sua comunidade (Henning, Ahnby & Osterstrom, 2009). Os resultados indicam que o *empowerment*, a colaboração, a autonomia, a educação social e o poder de decisão podem ser alcançados numa comunidade em rede, encarada como “*a combination of member supports, services referrals, and consumer engagement*” (Scharlach, Graham, & Lehning, 2011, p. 1).

Também os avanços da tecnologia são aplicados ao envelhecimento no lugar e, obviamente, que a tecnologia não pode ser excluída quando falamos da análise das dinâmicas entre o indivíduo e o ambiente. As soluções tecnológicas como eletrodomésticos inteligentes diminuem a pressão ambiental e compensam possíveis incompatibilidades. Isto também se aplica a muitos aparelhos de assistência que, atualmente oferecem um novo potencial para manter a autonomia e a participação social. Demiris e Hensel (2008) confirmaram que apenas uma abordagem interdisciplinar pode integrar a tecnologia e

fatores clínicos e humanos relacionados com os desafios associados ao envelhecimento no lugar.

Existe um esforço consciente para estreitar a ligação entre a teoria e a intervenção e, por esse motivo, a investigação-ação ganhou relevo como abordagem alternativa. A investigação-ação assenta em três princípios básicos delineados por Bradbury e Reason (2001): (a) deve ser realizada com as pessoas, em vez de sobre e para as pessoas; (b) compreender fatores contextuais detalhadamente é tão importante como a compreensão geral da situação; e, (c) deverá produzir conhecimento que ajude as pessoas a compreender e a resolver os seus problemas.

A investigação-ação consiste na construção de conhecimento em colaboração que envolve clientes, profissionais, consultores e investigadores, cujo objetivo coletivo é produzir conhecimento prático, útil para a vida quotidiana dos indivíduos. Assim, Windley e Weisman (2004 como citado em Scheidt & Windley, 2006) argumentam que o modelo de investigação-ação é a forma mais eficaz para melhorar a aplicação da Gerontologia Ambiental, uma vez que gera conhecimento focalizado em problemas específicos ao contrário de outras estratégias de investigação que têm como objetivo desenvolver generalizações e teoria sem se preocuparem com a aplicação. Na medida em que a investigação-ação usa uma metodologia de estudos de caso, a informação referente a contextos específicos vai levar a uma resolução mais eficaz de problemas

A investigação-ação possibilitará a criação de circunstâncias em que a mudança poderá ocorrer através da aplicação de quatro princípios delineados por Weisman (2003): (1) adotar decisões interativas em grupo, em que o consenso é construído através de ciclos de discussão e debate; (2) enquadrar os problemas a serem resolvidos numa abordagem sistémica que inclua múltiplas perspetivas de diferentes níveis de agregação social; (3) considerar simultaneamente o conhecimento local e geral na definição de problemas e na avaliação de ações; e (4) incluir o treino de investigadores e outros *stakeholders* como parte de um triângulo treino-investigação-ação com o objetivo preparar os indivíduos para serem agentes de mudança.

Ao longo das suas vidas, as pessoas podem (e devem) atuar de forma a preservar a sua saúde, as suas capacidades físicas e mentais, assim como, a sua autonomia. Também as intervenções políticas, no âmbito das políticas públicas e sociais, devem, visar a melhoria das condições ao longo de todas as fases do ciclo de vida para um envelhecimento bem-sucedido. Como vimos, o modelo ecológico de Lawton (1986) proporcionou as evidências necessárias para hoje se ter como óbvio que o contexto de residência/casa desempenha um importante papel para se compreender diferentes padrões de envelhecimento. Existem evidências de que a hipótese de modificações no ambiente doméstico pode reduzir resultados/*outcomes* relacionados com as atividades da vida diária,

pelo que a eliminação de potenciais obstáculos pode reduzir o risco de quedas (Wahl & Oswald, 2009).

A intervenção no âmbito de envelhecimento bem-sucedido no lugar é um desafio atual. Na investigação, a grande descoberta relacionada com o ambiente doméstico concerne à adaptação indivíduo-contexto, na qual a acessibilidade remete-nos para um constructo considerado como a adaptação entre as limitações funcionais e as barreiras físicas observadas no contexto de casa.

Em suma, a investigação e intervenção no domínio argumentam que o ambiente físico-social através de alterações efetuadas em casa ou otimizações ecológicas em bairros e comunidades, o que tem impacto positivo sobre a qualidade de vida na velhice. O assunto proeminente das alterações de âmbito doméstico não deve substituir outras aplicações potencialmente importantes. As intervenções ao nível de espaços públicos têm a finalidade de reduzir as áreas de ansiedade, aumentar a segurança e a participação através de designs livres de possíveis barreiras e contrariar a tendência, particularmente em grandes cidades de maior separação de gerações no domínio público (Stahl & Iwarsson, 2004 como citado em Wahl & Oswald, 2009). Então, apela-se ao maior desenvolvimento do estudo do envelhecimento no lugar nas sociedades a envelhecer com o objetivo de responder à maior vulnerabilidade dos mais idosos e compensar as perdas com alterações ambientais e artefactos tecnológicos, optimizadores da qualidade de vida. Este estudo deve abarcar todas as idades e a total diversidade e heterogeneidade das sociedades. Diferentes medidas vão moldar as nossas sociedades envelhecidas nos próximos anos, desde a modificação do ambiente doméstico e a remodelação profunda da comunidade com soluções criativas e inovadoras com a introdução em força da tecnologia.

3.2. Envelhecimento Bem-Sucedido, Ativo e Saudável

No século XX, a esperança média de vida aumentou consideravelmente. No entanto, o *envelhecimento bem-sucedido* (“successful aging”) vai além da longevidade e os investigadores reconhecem a importância de distinguir envelhecimento patológico, envelhecimento normal e envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990; Inelmen, Sergi, Enzi, Toffanello & Coin, 2007). O envelhecimento normal é caracterizado pela ausência de patologia física e mental séria. Por sua vez, envelhecimento patológico define-se pela presença de patologia grave. E, envelhecimento bem-sucedido (EBS) ocorre sob condições favoráveis e propícias ao desenvolvimento psicológico. De acordo com

Fernández-Ballesteros (2009), a evolução histórica do conceito de EBS é pautada por três períodos: (1) nos anos 70, através de investigação centrada nas mudanças biopsicossociais associadas à idade; (b) nos anos 80, surgiu o próprio conceito de EBS e desenvolveram-se definições e preditores; e, (c) dos anos 90 à atualidade, desenvolveram-se estudos longitudinais sobre o EBS.

O conceito de envelhecimento bem-sucedido surgiu inicialmente nos anos 60, nomeadamente, através do estudo de *Kansas City*, conduzido por Neugarten e Havighurst, que tinha como objetivo articular o envelhecimento bem-sucedido com a satisfação de vida (Berr, Ballard, Blain & Robine, 2012). Sem dúvida, podemos afirmar que o estudo do envelhecimento bem-sucedido se trata de um novo paradigma da investigação sobre o envelhecimento, a velhice e os idosos, que tem sido consolidado nas últimas quatro décadas (Fernandez-Ballesteros, Cassinello, Bravo, Martinez, Nicolás, López & Moral, 2011). Esta nova visão do envelhecimento tem adotado diversas denominações, tais como, *envelhecimento ativo* (OMS, 2002), *envelhecimento bem-sucedido* (Rowe & Khan, 1987), *envelhecimento produtivo* (Butler & Gleason, 1985), *envelhecimento ótimo* (Palmore, 1995), entre outras. Contudo, envelhecimento bem-sucedido é definido distintamente tendo em conta o modelo que se está a seguir: o modelo biomédico enfatiza a funcionalidade física e mental enquanto os modelos sociopsicológicos enfatizam o funcionamento social, a satisfação com a vida e os recursos psicológicos (Bowling, 2007).

Fernández-Ballesteros (2002) considera ser possível e desejável promover um envelhecimento bem-sucedido, partindo de três princípios básicos: (i) o envelhecimento da população constitui um êxito da sociedade moderna; (ii) o envelhecimento da população lança um desafio aos indivíduos e à própria sociedade, pois, na medida em que se vive por mais tempo, maiores são as probabilidades de ver o quotidiano limitado por doenças e outras formas de incapacidade; e, (iii) os idosos não são um grupo homogêneo, sendo possível experienciar a velhice de muitas formas, tornando a velhice a fase mais heterogênea do ciclo de vida. Posto isto, a autora defende a prevenção do envelhecimento patológico e a promoção de uma série de condições pessoais e sociais que favoreçam o envelhecimento bem-sucedido, no sentido de “*dar más vida a los años*” (Fernández-Ballesteros, 2002, p. 15).

Baltes e Baltes (1990) sugerem que a concetualização de *envelhecimento bem-sucedido* assenta em sete proposições:

1. Existem diferenças essenciais nas formas de envelhecer (*envelhecimento normal, patológico e bem-sucedido*).
2. Existe uma ampla variabilidade interindividual no nível, ritmo e direção da mudança ao longo do ciclo de vida.

3. Os indivíduos caracterizam-se pela sua plasticidade e reserva latente ao longo do ciclo de vida.
4. Existem limites na plasticidade humana, na capacidade de adaptação e, consequentemente, na possibilidade de mudança positiva em idades muito avançadas.
5. A tecnologia e a prática baseada no conhecimento podem compensar o potencial declínio.
6. Com o envelhecimento, o equilíbrio entre ganhos e perdas é menos positivo.
7. O *self* mantém-se resiliente na velhice.

Tendo em conta as sete proposições acima enunciadas, Baltes e Baltes (1990) abordam o conceito de envelhecimento bem-sucedido com múltiplos critérios: (1) duração da vida; (2) saúde biológica; (3) saúde mental; (4) eficácia cognitiva; (5) competência social e produtividade; (6) controlo pessoal; e (7) satisfação com a vida.

Na perspetiva de Baltes e Baltes (1990), o envelhecimento bem-sucedido incorpora essencialmente dois processos relacionados entre si. Por um lado, trata-se de uma capacidade global de adaptação às perdas que ocorrem habitualmente na velhice através de uma procura individual de resultados e objetivos significativos para o próprio, mesmo quando já é notório um declínio de possibilidades e de oportunidades. Por outro lado, o envelhecimento bem-sucedido pode ser atingido consoante a escolha de determinados estilos de vida que satisfaçam o objetivo de manutenção da integridade física e mental até aos últimos momentos de existência.

Os autores, na linha de Baltes (1987), concetualizaram o envelhecimento bem-sucedido por meio de um meta-modelo que contempla três mecanismos que regulam o envelhecimento: seleção, otimização e compensação (modelo SOC). Este modelo descreve o processo geral de adaptação, no qual os indivíduos se envolvem ao longo da vida. Porém, assume um significado e dinâmica particular na velhice, devido às perdas das reservas biológicas, mentais e sociais.

Importa, então, clarificar sumariamente cada um dos componentes do modelo SOC. A seleção envolve direccionalidade, objetivos e especificação de resultados/*outcomes*. Existem dois tipos de seleção: seleção eletiva e seleção baseada em perdas. A primeira envolve direccionalidade de uma forma intencional e considerada desejável, enquanto a segunda é uma consequência de perdas ao nível do funcionamento e tipicamente envolve ajustes como mudanças nos níveis de aspiração ou na estrutura e prioridades relativamente aos objetivos. O foco da otimização encontra-se nos objetivos ou meios e recursos relevantes para os resultados/*outcomes* desejados. Este componente do modelo SOC envolve processos focados na criação e no refinar de recursos e explicações motivacionais para que se torne possível atingir resultados positivos orientados para o desenvolvimento. A

otimização pode ser ativa ou passiva, consciente ou inconsciente, interna ou externa. A compensação envolve uma resposta funcional a uma perda de meios relevantes para a prossecução dos objetivos e atua sempre que os meios não estejam disponíveis, quer devido a perdas diretas destes meios, transferência negativa ou novos constrangimentos de tempo e energia. Em suma, a seleção refere-se a um aumento na restrição decorrente do leque de potencial adaptativo, a otimização refere-se ao aumento das suas reservas gerais e maximização das suas escolhas e a compensação resulta do leque de plasticidade ou potencial adaptativo.

O modelo SOC é simultaneamente universal e relativista, A sua universalidade reflete-se no argumento de que é esperado que qualquer processo desenvolvimental envolva componentes de seleção, otimização e compensação. O seu relativismo baseia-se na variação ao nível de recursos motivacionais, sociais e intelectuais, bem como, nos critérios usados para definir desenvolvimento/envelhecimento bem-sucedido, que pode ser multivariado e envolver indicadores tanto objetivos como subjetivos. Sobre este assunto, no ponto de vista de Fonseca (2005), o modelo SOC tem sido uma ferramenta adequada para se estudar o processo de envelhecimento, uma vez que tem em consideração fatores biológicos e sociais na compreensão dos processos desenvolvimentais ao longo da vida.

Na linha da saúde, inserem-se modelos como de Rowe e Kahn (1998) e de Schulz e Heckhausen (1996). O modelo de Rowe e Kahn (1998), a partir do *MacArthur Study of Aging in America*, define envelhecimento bem-sucedido numa estrutura triádica: (1) ausência de doença e de incapacidade; (2) manutenção de um elevado funcionamento físico e cognitivo; e, (3) envolvimento ativo na vida.

Subjacente aos três critérios de envelhecimento saudável proposto por Rowe e Kahn, está a ideia de que as pessoas têm um papel decisivo na orientação da sua própria vida, pois possuem capacidade de promover a saúde física e mental e manter um envolvimento ativo na vida. Desta forma, o modelo de Rowe e Kahn (1997) parte do princípio que é possível e desejável uma velhice saudável, contrariando o estereótipo comum, que descreve as pessoas idosas como frágeis e doentes. Relativamente à boa forma física e mental, isso traduz-se na capacidade de experienciar a vida com autonomia nas atividades do dia-a-dia. A última componente do modelo – envolvimento ativo na vida – implica o estabelecimento de uma rede de relações sociais por parte do idoso. Com efeito, o *MacArthur Study of Aging in America* revelou que as pessoas se sentem felizes na medida em que conseguem estabelecer um certo grau de relacionamento com os outros. Implica também estar ativo seja num trabalho remunerado no exercício de uma profissão como trabalho não remunerado (ex. cuidar de uma criança, assistir o cônjuge doente, voluntariado) que, se fossem contabilizados, representariam somas astronómicas. Segundo Simões (2006), a sociedade ignora estas prestações, o que desvaloriza os idosos e

despromove a sua participação, impondo-se, assim, uma mudança radical de atitude que seria benéfica para a sociedade, em geral, e para o envelhecimento bem-sucedido.

Similar ao modelo de envelhecimento anteriormente abordada, Schulz e Heckhausen (1996) conceitualizam envelhecimento bem-sucedido em quatro critérios: (a) adequado desempenho físico e cognitivo; (b) ausência de patologias e incapacidades; (c) manutenção do controlo primário; e, (d) envolvimento na vida. Trata-se de uma definição que encara o envelhecimento bem-sucedido como o processo que leva ao desenvolvimento e à manutenção do controlo, descrevendo duas formas de controlo primário e secundário: seletivo e compensatório. O controlo primário seletivo implica que o comportamento e os recursos do indivíduo estejam centrados em controlar os acontecimentos externos, enquanto o controlo primário compensatório supõe que são outros (pessoas ou recursos) que garantem a satisfação das suas necessidades e exigências. Quando o indivíduo perde a autonomia, intervém o controlo secundário seletivo que tem como objetivo aumentar e potenciar os recursos do indivíduo para a satisfação das suas necessidades. Por último, o controlo secundário compensatório ocorre quando o indivíduo modifica as suas necessidades e objetivos ou reformula-os para adaptar-se a uma nova situação (Fernández-Ballesteros, 2009).

Relativamente à experiência positiva de envelhecer, a OMS advoga que uma vida mais longa deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança, adotando o termo envelhecimento ativo para denominar esta visão. Neste sentido, define envelhecimento ativo como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (OMS, 2002).

Tendo em atenção a amplitude das ações necessárias para atingir tal objetivo, a OMS enfatiza oito determinantes do envelhecimento ativo: cultura e género, serviços de saúde e sociais, comportamento, ambiente físico, ambiente social, determinantes económicos e aqueles relacionados com o indivíduo (Figura 2).

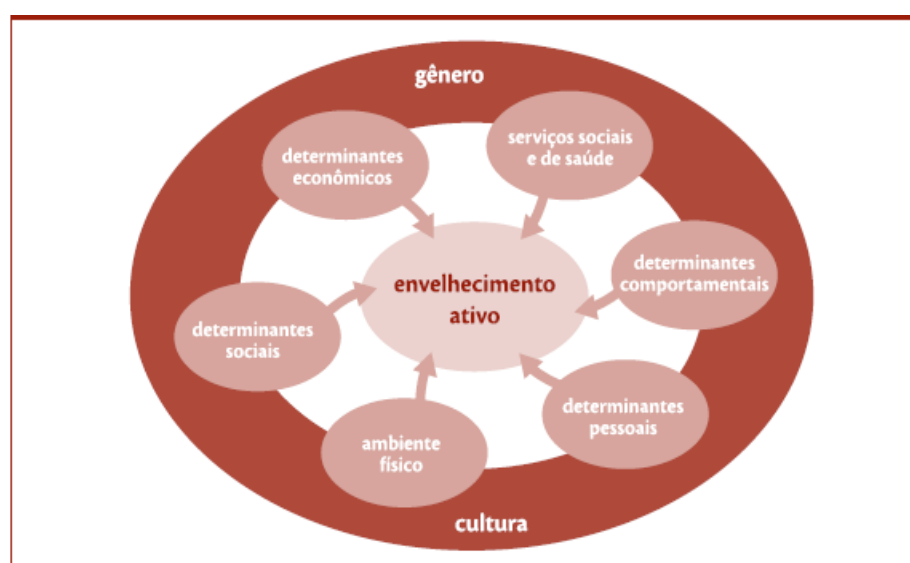


Figura 2. Determinantes do envelhecimento ativo (adaptado da OMS, 2002, P. 19)

O género e a cultura são considerados determinantes transversais do envelhecimento ativo. A cultura modela a forma de envelhecer, pois influencia todos os outros determinantes do envelhecimento ativo. Por outras palavras, os valores culturais e as tradições determinam muito como uma sociedade encara os idosos e o envelhecimento. Por exemplo, quando as sociedades atribuem sintomas de doença ao processo de envelhecimento, elas têm menor probabilidade de oferecer serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento apropriados.

Por sua vez, segundo a OMS (2005) o género é a lente através da qual se lê a adequação de várias opções políticas e o efeito destas sobre o bem-estar de homens e mulheres. Em muitas sociedades, as mulheres têm ainda o papel tradicional como responsáveis pela prestação de cuidados à família (ex. filhos, pais idosos, cônjuge), sendo que algumas nunca tiveram acesso a um trabalho remunerado e outras viram-se forçadas a abandonar o trabalho remunerado para assumir os cuidados familiares. Esta situação pode contribuir para o aumento da pobreza e também conduzir a problemas de saúde à medida que envelhecem. Por outro lado, os homens estão mais sujeitos a lesões incapacitantes devido aos riscos associados à situação profissional, assim como, assumem comportamentos de maior risco (ex. fumar, consumo de bebidas alcoólicas e drogas).

Para promover o envelhecimento ativo, os sistemas de saúde e sociais necessitam de atuar numa perspetiva do ciclo de vida e de ser integrados, coordenados e eficazes em termos de custo. Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 já dava particular

atenção a esta temática, no qual se propuseram algumas orientações estratégicas e intervenções necessárias para uma reorganização dos cuidados aos idosos numa perspectiva integrada, com uma abordagem multidisciplinar, de forma a: (a) adequar os cuidados de saúde às suas necessidades específicas, investindo na informação da população idosa sobre como lidar com as situações de doença mais frequente, prevenção de quedas e envelhecimento ativo; (b) atuar sobre determinantes de autonomia e independência, identificando os critérios de fragilidade da população idosa através de um exame periódico de saúde, tendo em conta as diferenças relativas à idade e género, e; (c) promover e desenvolver ambientes potenciadores de autonomia e independência dos idosos, investindo na informação da população alvo e orientação técnica dos profissionais de saúde quanto à deteção de barreiras arquitetónicas (Almeida, 2012).

Em relação aos determinantes comportamentais, a adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde que conjuntamente com os determinantes pessoais de ordem biológica e genética influenciam o envelhecimento ativo. No entanto, os genes podem estar envolvidos na etiologia de algumas doenças, mas muitas vezes a causa é externa e ambiental e, por isso, a importância dos determinantes ambiente físico e social para o envelhecimento ativo. Ambientes físicos adequados à idade, especificamente as residências, podem representar a diferença entre a independência e a dependência dos indivíduos. Para além disso, determinantes sociais como apoio social, oportunidade de educação e aprendizagem contínua e proteção contra manifestações de *idadismo* fazem a diferença no envelhecimento ativo. Por fim, os determinantes económicos podem limitar o acesso a bens e serviços necessários, visto que muitos idosos têm rendimentos baixos, provendo na maioria do sistema de proteção social nacional, levando a que muitos idosos se mantenham economicamente ativos na velhice por necessidade.

De salientar que, por exemplo, a diminuição da capacidade funcional, ou seja, de um dos determinantes do envelhecimento ativo, a médio e longo prazo torna os idosos mais vulneráveis, no entanto, essas limitações podem ser superadas ou minimizadas por oportunidades de integração social, segurança e bem-estar. Trata-se de um modelo teórico contextualista e, por isso, as escolhas pessoais dependem também do contexto social e político, como vimos.

Em suma, o modelo de envelhecimento ativo da OMS (2002) é uma abordagem multidimensional sobre o envelhecimento, orientada para a saúde, uma vez que a OMS define saúde como o estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos como a grupos e permite que as pessoas tomem consciência do seu potencial bem-estar físico, social e mental ao longo das suas vidas e participar na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades. Desta forma, o paradigma do envelhecimento ativo

consiste numa abordagem que, idealmente, opera simultaneamente aos níveis micro, meso e macro. Walker (2007) afirma que este modelo consiste numa estratégia compreensiva para maximizar a participação e o bem-estar à medida que as pessoas envelhecem, devendo operar de forma simultânea aos níveis individual, organizacional e societal e em todas as fases do ciclo de vida. Neste sentido, a responsabilidade individual deveria ser igualada pela ação política para interligar todos os potenciais suportes para o envelhecimento ativo que se encontram tipicamente separados em departamentos administrativos diferentes. Juntar estas áreas políticas, como o emprego, a saúde a segurança social e a educação é um pré-requisito para tomar consciência desta abordagem, assim como, para a criação de uma sociedade para todas as idades.

Com o objetivo de validar o constructo de envelhecimento ativo proposto pelos investigadores portugueses e testar empiricamente o modelo de envelhecimento ativo da OMS (2002). Paúl, Ribeiro e Teixeira (2012) entrevistaram 1322 pessoas com idades compreendidas entre 55 e 101 anos a residir na comunidade, usando um protocolo de avaliação extensivo para medir os determinantes do modelo da OMS e, posteriormente, foi realizada uma análise fatorial exploratória seguida de uma análise fatorial confirmatória. Os autores não confirmaram o modelo de envelhecimento ativo, assim como, a maioria dos grupos de determinantes não são independentes nem significativos. No entanto, apresentaram um modelo de seis fatores (saúde, componente psicológica, funcionamento cognitivo, relações sociais, componente biocomportamental e personalidade) que explicam 54,6% do total da variância. Existem variáveis objetivas e também variáveis subjetivas que contribuem para o envelhecimento ativo e as variáveis psicológicas parecem contribuir significativamente para o envelhecimento ativo. No entanto, os autores ressaltam que o perfil do envelhecimento ativo é esperado que varie entre contextos e culturas.

Tendo em conta os pressupostos teóricos do envelhecimento ativo e numa perspetiva integradora, Inui (2003) salienta a necessidade de uma abordagem biopsicossocial na investigação e intervenção, uma vez que o envelhecimento bem-sucedido não é definido apenas pela longevidade, mas também pelo bem-estar em múltiplos domínios a fim de sustentar a capacidade de funcionamento adequado às mudanças das circunstâncias de vida. Desta forma, isoladamente, nenhum profissional é capaz de atender à diversidade de necessidades da população idosa, sendo que a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade possibilita a ligação de vários tipos de conhecimento fragmentados, proporcionando a troca entre especialistas de diversas áreas científicas na resolução de problemas, procurando a melhor compreensão da realidade (Vono, 2007).

De facto, o estudo do envelhecimento bem-sucedido deve assentar numa perspetiva multidimensional que incorpore a perspetiva dos próprios idosos, assim como, o conceito de envelhecimento bem-sucedido só faz sentido numa perspetiva ecológica, em que o

indivíduo seja encarado no seu contexto sociocultural. Sobre este assunto, Fernández-Ballesteros (2002) considera que tanto a saúde como a participação do indivíduo na sociedade e os sistemas de segurança social nacionais são imprescindíveis quando falamos de envelhecimento bem-sucedido.

No sentido de compreender as perspectivas individuais acerca de envelhecimento bem-sucedido, facilitando o desenho de atividades e intervenções com que se identificam, a metodologia qualitativa com o uso de entrevistas é um dos métodos utilizados. Num estudo desta natureza, Reichstadt, Sengupta, Depp, Palinkas e Jeste (2010) concluíram que os idosos vêem o envelhecimento bem-sucedido, por um lado, como o balanceamento entre a autoaceitação e a sua felicidade e, por outro lado, entre envolvimento com a vida e o crescimento pessoal na vida adulta tardia. Phelan, Anderson, LaCroix e Larson (2004) acrescentam ainda que os idosos encaram o envelhecimento bem-sucedido como multidimensional, englobando aspetos físicos, funcionais, psicológicos e a saúde social. Também Iwamasa e Iwasaki (2011) comprovaram que os idosos têm visão multidimensional do envelhecimento quando, numa abordagem “grounded theory”, realizando um focus grupo com 77 idosos japoneses-americanos e verificaram que os participantes associam saúde física e psicológica, funcionamento cognitivo, socialização espiritualidade e segurança financeira a envelhecimento bem-sucedido.

Retomando a ideia de que o envelhecimento bem-sucedido é influenciado por uma série de determinantes, Cha, Seo e Sok (2012), com o objetivo de identificar os fatores que influenciam o grau de envelhecimento bem-sucedido na população idosa coreana, administraram a 305 coreanos com 60 ou mais anos uma bateria de instrumentos composta por: (a) características gerais, (b) a versão revista da escala de *self-liking/self-competence*, (c) a escala de autoeficácia, (d) a escala de relacionamento interpessoal, (e) a escala de autorrealização e (f) a escala de envelhecimento bem-sucedido. Os resultados evidenciam que autoestima é o principal preditor de envelhecimento bem-sucedido entre os idosos coreanos, seguindo-se a autorrealização, as relações interpessoais e a autoeficácia.

Com o objetivo de descrever a prevalência de envelhecimento bem-sucedido na população idosa da Malásia, Hamid, Momtaz e Ibrahim (2012) utilizaram um questionário nacional denominado “*The mental health and quality of life of older malaysians*” e os resultados apontam para que 13,8% da população idosa da Malásia tenha um envelhecimento bem-sucedido, sendo assinalados como determinantes a idade, a realização educacional e os rendimentos familiares.

Entendendo-se por envelhecimento o processo que ocorre desde a concepção até à morte, pode-se afirmar que as origens do envelhecimento bem-sucedido estão na infância, porém, verifica-se uma carência de estudos longitudinais que permitam compreender o envelhecimento à luz dos processos de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida e não

apenas quando já se está na idade adulta, seja na meia-idade ou na velhice. Brandt, Deindl e Hank (2012) investigaram um conjunto de condições associadas à infância e às desigualdades sociais com uma amostra de 22 464 homens e mulheres de treze países europeus, representantes da população não institucionalizada com 50 e mais anos, concluindo que existe uma associação entre as condições de vida na infância e a probabilidade de envelhecer bem. Alto nível socioeconómico dos pais e boa saúde na infância estavam correlacionados positivamente com envelhecimento bem-sucedido, bem como, baixos níveis de desigualdade social estavam associados a uma maior probabilidade de vivenciar um envelhecimento bem-sucedido. Em contrapartida, as condições desfavoráveis na infância parecem ter uma influência nociva sobre o envelhecer bem, em todos os estados europeus considerados no estudo.

Na investigação do envelhecimento bem-sucedido, mais comum do que estudos com amostras de participantes na infância e na adolescência, é conterem participantes com idades compreendidas na meia-idade (25-64 anos). Briton, Shipley, Singh-Manoux e Marmot (2008) testaram fatores sociais, comportamentais e psicossociais da meia-idade em participantes sem patologias e com funcionalidade ótima durante 17 anos. Com este estudo longitudinal, concluiu-se que um bom nível socioeconómico na meia-idade prediz um envelhecimento bem-sucedido, bem como, o peso, escolaridade, não fumar, alimentação saudável, prática de exercício físico e o consumo moderado de álcool são relacionados favoravelmente com o envelhecimento bem-sucedido.

O desenvolvimento e a validação de instrumentos de medida do envelhecimento bem-sucedido é outra área privilegiada por vários investigadores, como é o caso de Troutman, Nies, Small e Bates (2011). Estes investigadores desenvolveram e testaram o *Successful Aging Inventory* (SAI). O instrumento foi administrado a duzentos participantes em duas versões: uma com resposta em formato *likert* e outra com formato dicotómico. Verificou-se que o SAI mostrou promissor como medida do envelhecimento bem-sucedido e também como potencial método de rastreio sobre o progresso global e as melhorias dos idosos no que diz respeito a estratégias de promoção da saúde na ótica do envelhecimento bem-sucedido.

O estudo de Parslow, Lewis e Nay (2011) tinha como objetivo desenvolver um modelo estatístico multidimensional para avaliar o contributo e a relação entre medidas associadas ao envelhecimento bem-sucedido, partindo de uma amostra de 2 2286 participantes com idades compreendidas entre 61 e 85 anos. Como medida foi utilizada a autoavaliação da saúde física e mental, qualidade de vida e funcionamento cognitivo no passado e no presente, concluindo-se que os fatores relacionados com a saúde mental e física e o suporte social contribuem significativamente para o envelhecimento bem-sucedido.

Em suma, é óbvio que o conceito de envelhecimento bem-sucedido é complexo e que o processo de envelhecimento é frequentemente acompanhado de sinais de declínio, sobretudo em idades mais avançadas, em consequência da arquitetura incompleta da ontogenia humana (Baltes, 1997). Acerca do declínio, especificamente o declínio cognitivo, o *Berlin Aging Study* demonstrou que a idade é, de facto, um fator de risco, evidenciando um padrão de envelhecimento que exhibe perdas significativas a nível de todas as dimensões cognitivas a partir dos 70 anos de idade. Na 3.^a idade, os indivíduos apresentam uma elevada plasticidade e, conseqüentemente, mostram uma capacidade considerável para regular o impacto subjetivo da maioria das perdas que vão ocorrendo, enquanto na 4.^a idade os sistemas comportamentais mudam concomitantemente em direção a um perfil cada vez mais negativo e que poucas funções permanecem robustas e resilientes perante mudanças negativas.

Todos envelhecemos. Envelhecer com sucesso é um dos assuntos mais importantes atualmente com o que várias ciências (ex. Medicina, Psicologia, Arquitetura, Demografia, Gerontologia, entre outras) e a sociedade se deparam face ao aumento da longevidade e as mudanças demográficas. Trata-se de um objetivo individual e sociopolítico e de um constructo realista e empírico do envelhecimento, que inclui tanto o declínio como o crescimento e a mudança e a estabilidade (Fernández-Ballesteros, 2009).

Segundo o modelo de envelhecimento ativo da OMS (2002), podemos afirmar que a definição de envelhecimento ativo contempla três aspetos: (1) o curso completo da vida necessário para a manutenção de um funcionamento ótimo; (2) um modelo teórico sobre os determinantes do envelhecimento ativo, e; (3) a resposta política exigida pelo desafio mundial que é o envelhecimento. Os desenvolvimentos recentes na relação entre envelhecimento e política têm sido caracterizados pela emergência de novas políticas relacionadas com a velhice. Especialmente as novas macropolíticas do envelhecimento merecem cada vez maior importância para delinear a longo prazo os sistemas de pensões públicas e de proteção social (Walker, 2007). O Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações (2012) representou a primeira proclamação a nível europeu do envelhecimento ativo, reforçando o seu carácter ativo e participativo. Um dos temas principais desse ano foi também a solidariedade intergeracional que, desde então, tem sido promovido por organismos internacionais e nacionais. Várias medidas são instauradas no sentido de demonstrar que o “*envelhecimento ativo constitui em si uma abordagem compreensiva e sustentável que deve empregar uma série de instrumentos para lá das reformas*” (Comissão Europeia, 2006, p. 9).

4. Avaliação Multidimensional e Utilização de Serviços

Rubenstein e Rubenstein (1991) introduziram o conceito de avaliação geriátrica multidimensional, sendo definida como um processo de diagnóstico multidisciplinar que compreende a avaliação de problemas médicos, funcionais, psicossociais e do meio envolvente do idoso, com o objetivo de desenvolver um plano assistencial de acompanhamento a longo prazo. Desta forma, a avaliação é feita numa perspetiva multidisciplinar e interdisciplinar que abrange várias áreas, nomeadamente (a) estado físico; (b) função cognitiva; (c) estado nutricional; (d) estado funcional; (e) polimedicação; (f) recursos económicos, e; (g) recursos sociais. A partir dos resultados da avaliação, o objetivo é elaborar um plano de intervenção com vista à seleção de medidas mais adequadas para a resolução dos problemas identificados (Veríssimo, 2005).

Atualmente, na literatura é comum a referência a avaliação multidimensional. A avaliação multidimensional é um processo de diagnóstico que compreende a avaliação de problemas de saúde, funcionais, psicossociais e do meio envolvente e, portanto, nesta avaliação são usados testes psicométricos diversos relacionados com o estado de saúde, funcionalidade, funcionamento cognitivo e relações interpessoais (Rodrigues, 2007). Partilhando uma visão semelhante sobre a avaliação multidimensional, López (2004) afirma que este tipo de avaliação incide tanto no indivíduo como nos contextos ambientais em que o indivíduo está integrado e, por isso, importa avaliar a utilização de serviços comunitários. Por conseguinte, apresenta-se em seguida (1) a avaliação da capacidade funcional orientada para o indivíduo e (2) a utilização e necessidade percebida de serviços comunitários orientada para o contexto de vida.

4.1. Avaliação capacidade funcional do indivíduo

Por funcionalidade entende-se a capacidade física e mental para manter uma vida independente e autónoma (Santos, Koszuoski, Dias-da-Costa & Pattussi, 2007). Neste sentido, a avaliação funcional multidimensional incide na avaliação de três temáticas: (a) funcionalidade nas atividades da vida diária; (b) funcionamento cognitivo e (c) funcionamento socioemocional.

1. Funcionalidade nas Atividades da Vida Diária

O conceito de funcionalidade associa-se a conceitos como autonomia e independência no desempenho de atividades práticas frequentes e indispensáveis a todos os indivíduos como, por exemplo, cuidados pessoais e de adaptação ao contexto de vida que possibilitam ou não ao indivíduo viver sozinho (Botelho, 2005). Desta forma, o conceito de funcionalidade engloba todas as funções do corpo, atividades e participação social, a qual relaciona fatores ambientais que interagem com todas estas funções.

Relativamente à funcionalidade nas atividades da vida diária, existe uma série de instrumentos a nível internacional que são utilizados por diversas áreas científicas com intuítos diferentes: (a) como ferramenta estatística para recolha e registo de dados; (b) na investigação para medir resultados, a qualidade de vida e os fatores ambientais; (c) na prática clínica para levantamento de necessidades e compatibilizar tratamentos com as condições adequadas, e; (d) na política social, no planeamento de sistemas de segurança social e projetos de desenvolvimento de políticas (Thompson, 2004).

A funcionalidade nas atividades da vida diária é uma dimensão fulcral na avaliação gerontológica, sendo uma dimensão amplamente avaliada através da medida do grau de dependência/independência nas atividades da vida diária (AVD). Nas AVD's destacam-se as atividades básicas da vida diária (ABVD), associadas ao autocuidado, e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), associadas à competência para administrar a casa (Marra, Pereira, Faria, Pereira, Martins & Tirado, 2007). De entre os instrumentos de avaliação da funcionalidade mais utilizados, salientam-se o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa Sequeira, 2007) para as ABVD e a Escala de Lawton (Lawton & Brody, 1969 versão portuguesa Sequeira, 2007) para as AIVD.

Nunes, Nakatani, Silveira, Bachion e Souza (2008) administraram um questionário sociodemográfico, o Índice de Lawton e o Índice de Barthel numa amostra de 388 idosos, sendo que 57,5% tinham entre 60 e 69 anos, 58,5% do sexo feminino, 39,7% analfabetos e 70,9% referiram padecer de doenças crónicas. Os investigadores concluíram que 34,8% dos participantes necessitavam de ajuda em uma ou mais ABVD e 60,6% nas AIVD. Os fatores mais associados a essa dependência em ambas as atividades foram a falta de equilíbrio e a mobilidade reduzida e idade superior a 80 anos.

Na mesma linha, Nakatani, Silva, Bachion e Nunes (2009) realizaram um estudo com o objetivo de (a) caracterizar o perfil sociodemográfico e de saúde; (b) avaliar a funcionalidade nas atividades básicas e instrumentais da vida diária de 105 pessoas com 60 ou mais anos inscritas na equipa de saúde da família de Goiânia, e; (c) propor medidas de intervenção face ao diagnóstico. A recolha de dados realizou-se mediante a aplicação do questionário sociodemográfico e do Índice de Lawton e o Índice de Barthel. Os participantes

eram na maioria do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos, casada, analfabeta e relatavam uma a três patologias e concluiu-se que 59,1% dos idosos apresentavam independência para ABVD e 58,1% comprometimento nas AIVD. Face aos resultados, a equipa apontou a necessidade de exercícios de estimulação para o ganho de força, alfabetização e motivação para a manutenção da funcionalidade nas AVD.

Também num estudo do carácter quantitativo, Schneider, Marcolin e Dalacorte (2008) avaliaram a capacidade funcional em pessoas com 60 e mais anos num serviço hospitalar ambulatorio e identificar as suas relações com as atividades da vida diária. No momento de recolha de dados foi utilizado o Índice de Barthel e foi também recolhida informação acerca de alterações visuais, perda de audição, disfunção de braços e pernas, incontinência urinária e desnutrição. Dos 148 participantes, 70,9% eram mulheres e apontaram-se os seguintes resultados: 20,9% sofria de incontinência urinária, 47,9% estavam desnutridos, 20,9% apresentavam problemas visuais, 16,9% tinham problemas a nível auditivo, 9,5% apresentavam limitações nos braços, 32,5% apresentavam limitações nas pernas e 16,9% tinham incapacidades nas atividades básicas da vida diária. Os investigadores observaram uma correlação significativa entre a existência de problemas auditivos, incontinência urinária e limitações nos braços e pernas com a dependência nas atividades básicas da vida diária.

Gama, Damian, Molina, Lopez, Pérez e Iglésias (2000), num estudo transversal sobre a relação entre a autoavaliação do estado de saúde e a funcionalidade nas atividades de vida diária a idosos com idade igual e superior a 65 anos, verificaram que o efeito de cada atividade instrumental da vida diária na autoavaliação do estado de saúde nos idosos depende do nível de capacidade funcional na realização das atividades básicas da vida diária. Constataram, também, que as atividades da vida diária mais importantes para este grupo populacional são aquelas que envolvem a mobilidade, seguidas de autonomia no lidar com as finanças e atividades domésticas relacionadas com a limpeza da casa e da roupa. Observaram, igualmente, que para o grupo de idosos que apresentavam um bom estado funcional a utilização de transporte (público ou carro próprio) era a única AVD associada positivamente à autoavaliação do estado de saúde.

Em suma, o Índice de Lawton e o Índice de Barthel são instrumentos amplamente utilizados com o objetivo de quantificar e monitorizar a (in)dependência dos indivíduos para a realização das atividades da vida diária. A fácil aplicação e interpretação, o baixo custo de aplicação, o poder ser repetido periodicamente, o consumir pouco tempo no preenchimento são algumas das características que fazem destas medidas as mais utilizadas na investigação para avaliar o grau de dependência dos idosos (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

2. Funcionamento cognitivo

O funcionamento cognitivo é um fator decisivo no envelhecimento bem-sucedido (Neri, 2004). Quando se fala de funcionamento cognitivo e envelhecimento é inevitável referir o conceito de déficit cognitivo e, por isso, importa desde já clarificar este termo. Trata-se uma diminuição do desempenho em diversas capacidades cognitivas medidas por diversos testes de avaliação neurológica ou de rastreio de déficit cognitivo.

O *Seattle Longitudinal Study* iniciado por Schaie (1956) e o *Berlin Aging Study* iniciado por Baltes (1990) constituíram-se estudos empíricos de relevância na área do funcionamento cognitivo. Estes estudos permitiram a compreensão do funcionamento intelectual em duas categorias: as mecânicas e as pragmáticas da cognição (Baltes, 1986). Sobrepor as duas categorias não implica que são independentes ou exclusivas, mas sim que elas interagem ao longo do tempo ontogenético e microgenético na produção de comportamento inteligente.

As mecânicas da cognição estão estreitamente relacionadas com condições cerebrais biológicas e neuropsicológicas e o padrão ontogenético predominante é resultante da maturação, estabilidade e declínio induzido pelo envelhecimento. Neste sentido, as mecânicas cognitivas refletem propriedades organizacionais fundamentais do sistema nervoso central (Singer, 1995). Em termos de operações psicológicas, assume-se que as mecânicas cognitivas são indexadas pela velocidade, precisão e coordenação de operações de processamento elementares, já que podem ser analisadas através de tarefas que avaliem a qualidade de entrada da informação, memória sensorial e motora, discriminação, categorização e atenção seletiva, assim como, a capacidade de raciocínio em domínios novos ou já aprendidos (Craik, 1986).

As pragmáticas cognitivas encontram-se no centro de eventos de socialização que seguem os princípios da co-construção (Baltes & Smith, 2003). Alguns destes acontecimentos são normativos mas específicos de determinadas culturas (por exemplo, a escolaridade), outros mais universais e outros idiossincráticos ou específicos a nível individual (como o conhecimento profissional e ecológico especializado). Em qualquer um dos casos, os conjuntos de conhecimento correspondentes são representados tanto internamente (redes semânticas) como externamente (livros). Exemplos das pragmáticas cognitivas incluem a capacidade de leitura e escrita, qualificações educativas, capacidades profissionais, estratégias de resolução de problemas do quotidiano, bem como, o conhecimento sobre o self e o significado e condução da própria vida (Bastos, Faria & Moreira, 2012)

Em síntese, as mecânicas da cognição são interpretadas como uma expressão neuropsicológica da mente à medida que se avança ao longo da evolução biológica e revelam-se ao longo da ontogenia (McClelland, 1996; Singer, 1995), isto é, as mecânicas cognitivas são amplamente influenciadas pela genética-biológica. Em contraste, as pragmáticas da cognição estão associadas com os corpos de conhecimentos disponíveis e são medidas através da cultura, uma vez que são influenciadas pelo ambiente e pela cultura. Desta forma, as trajetórias de cada uma das componentes do funcionamento cognitivo ao longo do ciclo de vida são distintas. As capacidades que envolvam as mecânicas como o raciocínio, a memória, a orientação espacial e a velocidade perceptiva demonstram geralmente um padrão mais ou menos linear de declínio na velhice mais avançada. Em contraste, as capacidades das pragmáticas como o conhecimento verbal e determinadas facetas da capacidade numérica permanecem estáveis ou até aumentam até aos 60-70 anos e apenas começam a apresentar algum declínio em idades muito avançadas.

O Estudo Longitudinal de Seattle de Schaie iniciou-se em 1956 com adultos entre os 22 e 70 anos de idade e já contou com a participação de cerca de 5000 pessoas (Schaie, Willis & Caskie, 2004). Ao longo de quatro décadas, os participantes foram testados com uma bateria de testes para as capacidades funcionais e mentais a cada sete anos (Santos, Rossetti & Ortega, 2006) e contribuiu para o esclarecimento de desenvolvimento/envelhecimento cognitivo, utilizando o desenho sequencial, para garantir um maior controlo de variáveis.

Através do estudo foi possível concluir que, embora a partir dos 70 anos algumas capacidades declinem, a inteligência cristalizada (pragmáticas cognitivas) tende a conservar-se desde que não haja problemas de saúde graves (Schaie, Willis & Caskie, 2004). Schaie e colaboradores observaram que (a) não existe um padrão uniforme que relacione a idade e as capacidades intelectuais; (b) apoia a ideia de que as capacidades essencialmente determinadas geneticamente (mecânicas da cognição) tendem a diminuir mais cedo do que as capacidades pragmáticas que são adquiridas através da escolaridade ou experiência que declinam mais rapidamente a partir dos 70 anos, atendendo às diferenças de género; (c) a mudança na velocidade de percepção começa no início da vida adulta e declina de forma linear; e; (d) foram observadas diferenças substanciais de coorte, os grupos mais novos alcançaram pontuações sucessivamente mais elevadas para o raciocínio indutivo, significado verbal e orientação espacial, embora obtivessem menor pontuação em capacidade numérica e influência verbal, as quais refletem mudanças educacionais.

Já o *Berlin Aging Study* (BASE), conduzido por Baltes e Mayer (1999), foi um estudo interdisciplinar com idosos com idades compreendidas entre 70 e 100 anos, estratificados

por faixas etárias e género. O estudo contou com 516 participantes de 1990 a 1993, que foram examinados em 14 sessões nas áreas de geriatria, psiquiatria, psicologia, sociologia e economia e continuou como um estudo longitudinal, sendo os seus participantes avaliados de 7 em 7 anos.

O BASE destacou-se pela (a) representatividade e heterogeneidade dos participantes; (b) foco em todas as faixas etárias da velhice; (c) interdisciplinaridade; e, (d) recolha de dados de referência da população idosa e o facto de se centrar nos idosos e no envelhecimento. Os principais resultados foram os seguintes: (a) os idosos tinham pelo menos uma doença; (b) a maioria das idosas precisava de ajuda na higiene pessoal; (c) a maioria dos valores bioquímicos de referência não mudavam na velhice; (d) cerca de metade dos que tinham 90 ou mais anos exibiam declínio cognitivo grave; (e) a memória declinava com a idade; (f) o número de relações sociais diminuiu com a idade; e, (g) os idosos que eram mais sociáveis na juventude, participavam mais na vida social quando idosos (Mayer, Baltes, Baltes, Borchelt, Delius, Helmchen, Linden, Smith, Staudinger, Steinhagen-Thiessen & Wagner, 1999).

Em termos de instrumentos de avaliação do funcionamento cognitivo, o *Mini-Mental State Examination* (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975) é das medidas mais utilizadas a nível internacional. Trata-se de um instrumento de rastreio cognitivo de acordo com o grau de escolaridade, que possibilita avaliar a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e capacidade construtiva. Em investigação, tem sido largamente utilizado em estudos populacionais.

Na validação do MMSE para língua portuguesa, Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro e Martins (2009), concluíram que a percentagem de indivíduos com défice cognitivo é maior nos mais velhos e nas mulheres, ou seja, que a idade e o género preveem declínio cognitivo. Porém, não foi encontrada relação entre o declínio cognitivo e a rede social.

Moraes, Pinto, Lopes, Litvoc e Bottino (2010) demonstraram que resultados elevados em escalas de depressão, baixo nível socioeconómico e baixa escolaridade são indicadores de baixos resultados no MMSE. Verificou-se, também, que os idosos que apresentavam queixas de memória mostravam pior desempenho nas tarefas de avaliação cognitiva, isto é, a perda de memória subjetiva será um preditor de défice cognitivo. Em contraponto, ser casado, possuir emprego e possuir um nível de escolaridade elevado são preditores de resultados positivos no MMSE.

Oliveira, Volpe e Tavares (2007) avaliaram o impacto da escolaridade e da idade na pontuação do MMSE em 174 idosos residentes na comunidade/casa e reuniram evidências que tanto a idade como a escolaridade são fatores que influenciam a pontuação obtida no MMSE. Porém, observou-se que mesmo idosos com baixa escolaridade (1-4 anos) tinham um bom desempenho, o que pode ser justificado devido ao facto de que o MMSE ser um

instrumento que não deteta diferenças individuais de baixa escolaridade mas cognitivamente preservados.

A estimulação cognitiva é útil na prevenção do declínio cognitivo com o avançar da idade (Jean, Bergeron, Thivierge & Simard, 2010). O risco de declínio cognitivo pode ser atenuado na velhice caso haja (a) ausência de doenças crônicas; (b) ambiente complexo e intelectualmente estimulante; (c) estilo de personalidade flexível na meia-idade; (d) estado intelectual elevado do cônjuge; e, (e) manutenção de altos níveis na velocidade de processamento processual. Além disso, programas de estimulação cognitiva realizados por profissionais especializados sugerem que o declínio observado nos idosos, em muitas comunidades, é resultado do desuso, mas, por vezes, reversível. Neste sentido, os fatores contextuais têm influência expressiva no declínio cognitivo, o que afeta a aceitação da condição de que não há um tempo predeterminado e fixado para o indivíduo começar a declinar em termos de competências cognitivas (Rowe & Kahn, 1998). Os estudos de Baltes e de Schaie sustentam a existência de plasticidade cognitiva nos idosos e fortalecem o pressuposto da psicologia desenvolvimental do ciclo de vida, a otimização do desenvolvimento psicológico, quer por meio de intervenções intencionais e deliberadas, quer pela criação de contextos de vida favoráveis.

3. Funcionamento socioemocional

As relações sociais são consideradas uma potencial influência no bem-estar psicológico, facilitando o sentimento de integração na sociedade e a melhoria de indicadores de saúde física e mental (Cohen & Syme, 1985). Vários autores têm investigado as relações sociais associadas ao envelhecimento (ex. Antonucci & Jackson, 1987; Antonucci & Akiyama, 1987; Antonucci *et al.*, 2004; Bourque, *et al.*, 2005; Carstensen, *et al.*, 2000; García, *et al.*, 2004; Neri, 2005) abordando essencialmente o potencial do suporte social em manter bons níveis de saúde, bem-estar e autonomia dos idosos (Paula-Couto, 2008). Fiori, Antonucci e Cortina (2006) encontraram associações entre redes sociais e bem-estar, sendo que redes diversas estavam associadas a melhor saúde, enquanto redes restritas estavam associadas a pobre saúde. Também o *convoy model* (Antonucci, 1976) sugere que as relações sociais influenciam quer a saúde física quer a psicológica. Neste sentido, o *convoy model* mostra que até entre pessoas que podem de outro modo ser consideradas vulneráveis (ex. nível de escolaridade baixo), as relações sociais podem proporcionar uma forma de proteção contra o acrescido risco de saúde na velhice.

O *convoy model* das relações sociais (Antonucci & Ajrouch, 2007) providencia uma perspectiva multidimensional das características que influenciam o desenvolvimento e o efeito das relações sociais ao longo do ciclo de vida, visto que examina as características individuais e situacionais que moldam a rede e suporte social de cada experiência individual. Neste sentido, trata-se de um modelo teórico para descrever, explicar e compreender a influência das relações sociais na saúde e no bem-estar. De salientar que o termo *convoy* é usado para descrever as relações sociais próximas que envolvem o indivíduo que sob condições normais proporciona uma base protetora e segura para o desenvolvimento pessoal e exploração.

O conceito de relações sociais é constituído por duas dimensões: (a) estrutura da rede social; e (b) tipo e qualidade do suporte social (Weiss, 1974). A estrutura da rede social descreve os membros da rede pelas suas características estruturais (ex. número de pessoas, tamanho da rede, a sua idade, género, proximidade geográfica, frequência de contactos). Desta forma, redes largas indicam que existem muitas pessoas que podem proporcionar suporte, mas é claro que ter apenas um número alargado de pessoas que podem proporcionar suporte não garante que irão efetivamente proporcionar o suporte social. Enquanto o modelo *convoy* assume que todas as pessoas necessitam de relações sociais, não assume que todas as pessoas necessitam da mesma quantidade ou do mesmo tipo de suporte. O tipo e qualidade de suporte social dizem respeito ao tipo de apoio que pode ser instrumental ou emocional. De salientar que o que cada um necessita é influenciado por características pessoais (idade, género, raça e estado civil) e situacionais (cultura, história, governo e ambiente) e é provável que varie consideravelmente (Kahn & Antonucci, 1980).

O *Supports of the Elderly Study* liderado por Antonucci e Akiyama (1987) documentou um número de diferenças de idade e género na estrutura das redes sociais numa amostra representativa de indivíduos com 50 e mais anos. Por exemplo, pessoas mais velhas tinham membros da rede que eram mais velhos e pessoas mais novas tinham membros mais novos. Contudo, não foram encontradas diferenças de idade na dimensão das redes de suporte e pessoas entre os 65 e os 74 anos tinham mais amigos nas suas redes das pessoas de grupos etários inferiores. Na provisão e receção de suporte social o padrão já é distinto – enquanto pessoas mais novas relatam proporcionar mais suporte do que pessoas mais velhas, foram encontradas poucas diferenças de idade na quantidade e tipo de suporte recebido. Existiam diferenças de género consistentes na estrutura de suporte com homens e mulheres a relatar mais mulheres nas suas redes e as mulheres a relatar dar e receber mais suporte do que os homens. As mulheres tinham redes mais amplas e recebiam suporte de uma diversidade de pessoas, enquanto os homens tinham redes mais pequenas e, geralmente, recebiam suporte das suas mulheres.

A avaliação das redes sociais na investigação e prática gerontológica requer o uso de instrumentos válidos e eficazes que sejam simples, concisos e de fácil aplicação na população idosa como é o caso da Escala das Redes Sociais de Lubben (Lubben, 1988). Este instrumento avalia a integração social e o risco de isolamento social em idosos residentes na comunidade. Este instrumento de avaliação foi validado para língua portuguesa por Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa e Paúl (2012).

Utilizada extensivamente em estudos internacionais (Fernández-Ballesteros; Zamarro; Rundinger; Schroots; Rosenmayr, 2004) e nacionais (Paúl & Ribeiro, 2008), a LSNS foi originalmente desenvolvida no fim dos anos 80 por Lubben (Lubben, 1988) e é constituída por dez itens que avaliam o nível de apoio percebido e recebido por familiares, amigos e vizinhos. Devido à elevada adesão pela investigação gerontológica resultante da sua facilidade de administração, os autores procederam recentemente a uma revisão das características psicométricas da escala e propuseram uma versão reduzida da mesma, com apenas seis itens (LSNS-6), sugeriam tratar-se de uma versão mais apropriada para *screening* do risco de isolamento social (Lubben & Gironde, 2003). Esta versão teve como objetivo tornar o instrumento ainda mais simples e rápido, atendendo, por um lado às dificuldades que as pessoas mais velhas apresentam em completar um instrumento de avaliação demorado e considerando, por outro, a necessidade académica de ter um instrumento que preenchendo tais requisitos de brevidade e fiabilidade se afigura-se válido (Lubben & Gironde, 2000). Neste sentido, a LSNS-6 (Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012) apresenta-se como um instrumento de avaliação adequado na impossibilidade de utilizar instrumentos mais extensos, principalmente em avaliações multidimensionais.

A maior vulnerabilidade decorrente da diminuição ou perda da funcionalidade eleva as necessidades de cuidados a vários níveis (ex. cuidados de saúde, serviços de apoio social) e, conseqüentemente existe um aumento da utilização de serviços comunitários para colmatar as limitações funcionais. Neste sentido, a utilização de serviços reflete a necessidade percebida ou sentida pelo indivíduo em requerer apoio para se manter seguro no seu ambiente envolvente (Andersen, 1995).

4.2. Utilização de serviços comunitários

A pertinência da alocação dos recursos comunitários nos países industrializados justifica-se não só a questão da morbilidade, mas também pela maior necessidade de apoio social e de medidas compensatórias no caso de limitações funcionais (Parker, Ahasic & Thorslund, 2005). Neste sentido, a necessidade de cuidados, que se reflete na procura e utilização de serviços, não pode ser definida com base somente na idade cronológica, mas também tendo em conta o estado geral do idoso, do seu bem-estar, apoio social e nível socioeconómico no contexto/comunidade onde reside (Byles, 2000).

A multiplicidade de diagnósticos na área da saúde que cruza aspetos físicos, mentais e sociais, aponta a avaliação multidimensional como uma abordagem apropriada para a criação de uma imagem mais próxima das necessidades da população idosa. Neste sentido, surge um modelo conceitual que assenta em três características: (1) avaliação da capacidade funcional, em cada uma das áreas definidas, classificando o indivíduo em escalas cujas pontuações permitem definir funcionamentos equivalentes; (2) utilização e necessidade de serviços, caracterizando o uso atual e a necessidade sentida, e; (3) avaliação de alternativas de serviços a implementar em resposta às incapacidades detetadas (Rodrigues, 2007). Este modelo é o *Older Americans Resources and Services – Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (OARS).

O *OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* é um instrumento de recolha de dados usado a nível mundial, originário dos trabalhos desenvolvidos, desde 1972, pelo *Center for the Study of Aging and Human Development*, da Duke University. Desenvolvido para avaliar alternativas à institucionalização de idosos dependentes, o sistema de recolha de informação permite a avaliação de programas e a tomada de decisões sobre afetação de recursos e serviços, uma vez que auxilia na identificação de problemas e orienta intervenções (Fillenbaum & Smyer, 1981).

A primeira versão em língua portuguesa foi elaborada por Rodrigues (1999). O OARS-PT é composto por perguntas fechadas, o que permite respostas validamente comparáveis entre si, maior facilidade de resposta e facilidades na análise, codificação e informatização de um instrumento longo, cuja administração demora, em média, 45 minutos. A recolha de dados é realizada através de entrevista pessoal ao idoso ou, no caso de impossibilidade, a um informante-chave ou a ambos.

O questionário é constituído por três partes: (1) lista de indicadores sociodemográficos; (2) parte A – Questionários de Avaliação Funcional Multidimensional (QAFM), e; (3) parte B – Questionário de Avaliação de Serviços (QAS).

A parte A é constituída por 78 questões dirigidas ao idoso e por cinco escalas de avaliação funcional, sendo elas (a) recursos sociais; (b) recursos económicos; (c) saúde

mental; (d) saúde física, e; (e) atividades da vida diária. O entrevistador classifica o idoso em cada uma das cinco áreas numa escala de seis níveis: 1 – muito bom; 2 – bom; 3 – ligeiramente insatisfatório; 4 – moderadamente insatisfatório; 5 – fortemente insatisfatório e 6 – totalmente insatisfatório. As pontuações atribuídas nas cinco áreas permitem enquadrar os participantes num conjunto de características pré-definidas, classificando-os com base em toda a informação recolhida. No final do questionário, o entrevistador emite um juízo quantitativo baseada na informação recolhida ao longo da entrevista.

Por fim, a parte B está direccionada para a avaliação da utilização e da necessidade sentida pela população idosa em relação a uma lista de serviços, nos últimos seis meses. Estes serviços estão agrupados em seis categorias: (a) serviços gerais de apoio; (b) serviços sociais e recreativos; (c) serviços de saúde; (d) serviços de apoio económico; (e) serviços de avaliação e coordenação, e; (f) serviços não classificados (Ferreira & Rodrigues, 1999).

Perracini e Ramos (2002) realizaram um estudo de seguimento de dois anos com o objetivo de identificar os fatores associados a quedas em idosos a residir na comunidade. Foi administrado o OARS (versão brasileira) a 1 667 indivíduos com 65 ou mais anos em dois momentos e foi possível concluir que cerca de 31% dos idosos afirmaram ter caído no ano anterior à primeira avaliação. Durante o seguimento, 53,4% dos idosos não referiram quedas, 32,7% afirmaram ter sofrido queda em pelo menos uma das avaliações e 13,9% relataram quedas em ambas as entrevistas.

Greimel, Padilla e Grant (1997) com o objetivo de examinar a relação entre o autocuidado e variáveis relacionadas com o estado de saúde, doença e tratamento, recursos socioeconómicos, características demográficas e crenças de saúde numa amostra de 227 indivíduos diagnosticados com cancro. Os dados foram recolhidos com o OARS-Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional e outras escalas de carácter médico. Concluiu-se que as variáveis relacionadas com o estado de saúde, a doença e o tratamento estão altamente correlacionadas com o autocuidado, sendo que deficiências resultantes do cancro, a saúde física percebida e o estágio da doença são preditores do autocuidado que explicam 57% da variância. A idade, o género, a escolaridade, e a saúde mental percebida explicam apenas 17% da variância.

Hellström e Hallberg (2001) realizaram um estudo com idosos de idade superior a 75 anos, a residirem na comunidade com o objetivo de descrever o estado funcional, as doenças e queixas relativas à qualidade de vida percecionada pelos próprios. O instrumento de recolha de dados foi o *OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*. Os principais resultados foram que a ajuda veio na sua maioria por cuidadores informais (84,1%), e, em 53,1% dos casos, dos cuidados domiciliários de enfermagem. A ajuda dos cuidadores formais foi prestada em combinação com outras formas de ajuda em 38,8% dos

casos. O tipo de ajuda incidiu nas atividades instrumentais da vida diária, nas quais se destacam o arrumar a casa, e nas atividades básicas da vida diária, principalmente tomar banho ou duche. Quanto às queixas foram destacadas as relacionadas com a mobilidade e dor e viver sozinho.

Em síntese, o atual cenário de transição demográfica das sociedades contemporâneas é caracterizado por um progressivo envelhecimento da população que despoletou o desenvolvimento da Gerontologia como ciência que se ocupa do estudo do processo de envelhecimento, da velhice e dos idosos, assim como, de áreas mais específicos como é o caso da Gerontologia Social. O processo de envelhecimento individual traz consigo múltiplas mudanças a nível biológico, psicológico e social e, conseqüentemente, a heterogeneidade é das características mais marcantes dos idosos. Com o aumento da idade, o desequilíbrio entre ganhos e perdas acentua-se, especialmente na 4.^a idade e, por isso, os idosos estão particularmente em risco de se tornarem vulneráveis, seja devido à falta de apoio familiar, a baixos recursos económicos ou a problemas de saúde. Face a estas circunstâncias, a avaliação gerontológica multidimensional torna-se uma peça fundamental no planeamento de políticas públicas no âmbito do envelhecimento bem-sucedido no lugar. Conjugando o conhecimento da capacidade funcional dos idosos com avaliação da utilização e necessidade sentida de serviços comunitários, será possível relacionar as perdas e as disponibilidades de serviços, permitindo uma fundamentada imputação de recursos e alocação de serviços. Trata-se de uma abordagem *evidence-based practice* – a partir da existência de suporte empírico baseado na investigação, são desenhadas intervenções empiricamente sustentadas e existe uma prática de monitorização regular e de avaliação da eficácia da intervenção. Ou seja, este processo inicia-se pela avaliação, no sentido de fazer um diagnóstico, identificar/formular o problema e decidir quais os objetivos ou alvos de mudança (Proctor & Rosen, 2004). Desta forma, implica uma efetiva articulação entre os diferentes serviços existentes na comunidade, na qual o trabalho coordenado das diferentes entidades partilham objetivos comuns, ou complementares, na intervenção vocacionada para o envelhecimento bem-sucedido no lugar.

CAPÍTULO II. MÉTODO

Neste capítulo, apresentam-se as opções metodológicas associadas à avaliação multidimensional gerontológica, bem como, a utilização e necessidade de serviços comunitários no perímetro urbano de Santo Tirso.

1. Plano de investigação e participantes

O presente estudo decorre no perímetro urbano de Santo Tirso.

Santo Tirso é uma cidade do distrito do Porto com 71 530 habitantes (Censos, 2011). É limitado a norte pelos municípios de Vila Nova de Famalicão e de Guimarães, a nordeste por Vizela, a leste por Lousada, a sueste por Paços de Ferreira, a sul por Valongo, a sudoeste pela Maia e a oeste pela Trofa. Santo Tirso localiza-se entre Braga, Guimarães, Vila do Conde e Porto, que distam todas a 25km.



Figura 3. Concelho de Santo Tirso (Câmara Municipal de Santo Tirso, 2013)

Uma das características marcantes do concelho de Santo Tirso é, porventura, a forma original do seu povoamento que, dispersando-se no território, caracteriza profundamente a sua paisagem. É possível, contudo, identificar dois sistemas de povoamento (Figura 3):

- Vale do Ave - alberga 75% da população concelhia, com o povoamento a ser estruturado pelas principais vias de comunicação;
- Vale do Leça - estruturado pelo Rio Leça e pela EN 105 apresenta um povoamento disperso, pouco denso e com características claramente rurais.

CAPÍTULO II - MÉTODO

O concelho de Santo Tirso tem 24 freguesias, sendo a mais povoada Santo Tirso (14 107 habitantes), seguindo-se Vila das Aves com 8 458 habitantes e Santa Cristina do Couto (4 06 habitantes. As freguesias menos povoadas são Guimarei (738 habitantes), Lamelas (922 habitantes) e Refojos de Riba d'Ave com 962 habitantes (Tabela 2).

Tabela 2. População residente por freguesia do concelho de Santo Tirso (Censos da População, 2011)

Freguesia	Total	Homens	65 + anos	% idosos
Agrela	1584	754	228	14,39
Água Longa	2207	1081	320	14,50
Areias	2454	1168	433	17,64
Burgães	2097	1013	344	16,40
Carreira	1110	526	175	15,77
Guimarei	738	358	125	16,94
Lama	1393	655	296	21,25
Lamelas	922	435	168	18,22
Monte Córdova	3958	1957	543	13,72
Palmeira	1321	617	216	16,35
Rebordões	3416	1641	711	20,81
Refojos de Riba d'Ave	962	456	181	18,81
Reguenga	1596	760	316	19,80
Roriz	3665	1791	571	15,58
Santa Cristina do Couto	4064	1944	722	17,77
Santo Tirso	14107	6599	2700	19,14
São Mamede de Negrelos	2145	1058	282	13,15
São Martinho do Campo	3470	1683	552	15,91
São Miguel do Couto	1222	582	194	15,88
São Salvador do Campo	1194	587	153	12,81
São Tomé de Negrelos	4032	1923	779	19,32
Sequeirô	1627	797	291	17,89
Vila das Aves	8458	4075	1580	18,68
Vilarinho	3788	1874	452	11,93

Segundo os Censos (2011), a população com 65 e mais anos residente no concelho de Santo Tirso representa 17% da população total. A faixa etária dos 65 e mais anos é já a segunda com maior percentagem, sendo apenas superada pela faixa da meia-idade (25-64 anos). Para além disso, a percentagem de indivíduos com 65 e mais anos é já maior que a percentagem de crianças (0 – 14 anos) que se situa em 14% da população total residente em Santo Tirso, o que reflete claramente o aumento da longevidade em contraste com a

baixa natalidade. É exatamente por este facto que importa avaliar a população idosa a nível funcional, cognitivo e relacional, identificar as suas necessidades e, visto que a maioria dos idosos reside nas suas casas, torna-se também assim pertinente avaliar a utilização dos serviços comunitários.

Ainda acerca da preponderância da população idosa na população total residente no concelho de Santo Tirso, existem disparidades entre algumas freguesias. Lama (21,25%), Rebordões (20,81%) e Reguenga (19,80%) apresentam os três valores mais elevados e superiores à média concelhia. Por sua vez, Vilarinho (11,93%), São Salvador do Campo (12,81%) e São Mamede de Negrelos (13,15%) apresentam valores inferiores ao valor concelhio.

Até 1998 o atual concelho da Trofa esteve integrado no concelho de Santo Tirso, que era, por isso, um dos 10 mais populosos do país. Por este motivo, existiram mudanças significativas na população residente do concelho registadas entre os Censos de 1991 e 2001: em 1991 residiam 102 593 pessoas no concelho de Santo Tirso enquanto em 2011 a população residente diminuiu para 71 530 habitantes.

Como referido anteriormente, a unidade de análise do estudo foi a população com 65+ anos residente no perímetro urbano do concelho de Santo Tirso. O perímetro urbano de Santo Tirso é composto por oito freguesias: Santo Tirso, Santa Cristina do Couto, S. Miguel do Couto, Burgães, Palmeira, Areias, Lama e Sequeirô. Esta opção justifica-se pela exequibilidade prática do estudo no tempo previsto, sendo que a representatividade do concelho está assegurada, uma vez que cerca de 40% da população total reside nestas oito freguesias e 42% da população com 65 e mais anos de todo o concelho reside também no perímetro urbano.

Participaram no estudo indivíduos com 65 ou mais anos residentes no perímetro urbano do concelho de Santo Tirso. Para cada uma das freguesias, estimou-se inquirir 2% da população com 65 ou mais anos, respeitando a distribuição por pequenos grupos etários e por grupos de género, de acordo com os Censos da População 2011 (INE, 2013). Foram excluídas à partida pessoas a residir em lares de idosos. Assim, o estudo contou com 140 participantes, das quais 11 de Areias, 12 de Burgães, 11 de Lama, 12 de Palmeira, 16 de Santa Cristina do Couto, 55 de Santo Tirso, 11 de São Miguel do Couto e 12 de Sequeirô.

A amostra ($n = 140$) ultrapassa os 2% da população idosa residente nas freguesias do perímetro urbano de Santo Tirso, uma vez que, segundo as normas da investigação de base comunitária todas as faixas etárias devem estar presentes no estudo, não omitindo nenhum caso em que 2% tivesse representatividade zero.

2. Instrumentos de recolha de dados

No sentido de responder aos objetivos do estudo, foi elaborado pela equipa de investigação o Consentimento Informado (ANEXO I) e o protocolo de avaliação multidimensional - Protocolo de Avaliação de Capacidades e Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População.2013 (ANCEP_GeroSoc.2013; Bastos, Faria, Moreira, Carvalho & Pereira, 2013) (ANEXO II).

O referido protocolo é composto por nove partes: (a) Ficha Sociodemográfica; (b) Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007); (c) Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007); (d) Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro, Botelho & Leitão, 1994; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009); (e) Escala de Rede Social de Lubben – 6 (Lubben, 1988; Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012); (f) Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003); (g) Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS – PT) (Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2007); (h) Escala de Satisfação com a vida (Diener, 1985, Neto, Barros & Barros, 1990); e, (i) Questões finais_Identificação de necessidade e/ou situações problemáticas no dia-a-dia.

A ficha sociodemográfica inclui dados relativos à pessoa, dados relativos à habitação e sobre a ecologia do lugar (acessibilidades e bens e serviços). Esta ficha foi elaborada para o efeito.

O *Índice de Barthel* (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007) avalia a funcionalidade nas ABVD em dez itens, sendo que em cada ABVD apresenta dois ou quatro níveis de dependência, em que 0 (zero) corresponde à dependência total e 5, 10 ou 15 correspondem aos níveis de diferenciação da independência. A amplitude do somatório das respostas pode variar entre 0 e 100, no qual uma maior pontuação indica maior grau de independência nas ABVD. Um somatório entre 90 e 100 corresponde a independente, entre 60 e 85 a ligeiramente dependente, entre 40 e 55 a moderadamente dependente, entre 20 a 35 a severamente dependente e menor que 20 a totalmente dependente. No que diz respeito às características psicométricas, o Índice de Barthel apresenta boa consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,89.

O *Índice de Lawton* (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007) avalia a funcionalidade nas AIVD em oito itens, sendo que a pontuação de cada item varia entre 1 e 5, em que uma maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. O somatório total varia entre 8 e 29 pontos, sendo que um total igual a 8 corresponde a independente, entre 9 e 20 a moderadamente dependente e maior que 20 a severamente dependente. No que se refere às características psicométricas e de acordo com o estudo de adaptação para língua

portuguesa, o Índice de Lawton apresenta boa consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,92.

O *Mini Exame do Estado Mental* (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro, Botelho & Leitão; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009) é um teste de rastreio de défice cognitivo sensível ao nível de escolaridade dos indivíduos, englobando seis itens: (1) orientação; (2) retenção; (3) atenção e cálculo; (4) evocação; (5) linguagem; e, (6) habilidade construtiva. Este instrumento de recolha de dados é dividido em duas partes, sendo que a primeira só exige respostas orais e abrange a orientação, memória e atenção e a segunda parte testa a capacidade de nomear e seguir comandos verbais e escritos. A primeira parte tem como pontuação máxima 21 e a segunda 9, perfazendo um total máximo de 30 pontos. As suas características psicométricas têm sido avaliadas, tanto na versão original como nas versões traduzidas ou adaptadas culturalmente para outras línguas e países (Lourenço & Veras, 2004). Em 2009, Morgado e colaboradores replicaram o estudo de adaptação do MMSE à língua portuguesa e definiram novos pontos de corte para défice cognitivo em função do nível de escolaridade: 22 para 0 a 2 anos de escolaridade, 24 para 3 a 6 anos e 27 para escolaridade igual ou superior a 7 anos. A consistência interna do MMSE apresenta um valor moderado com um alfa de Cronbach de 0,47.

A *Escala Breve de Redes Sociais de Lubben* (LSNS-6; Lubben, 1988; Ribeiro, Teixeira, Duarte; Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012) é usada para avaliar a integração social e o risco de isolamento social em idosos residentes na comunidade. A LSNS-6 é constituída por dois conjuntos de questões que avaliam as relações familiares e as relações de amizade, sendo que a pontuação total da escala varia entre 0 e 30. As pontuações inferiores a 12 indicam maior risco de isolamento social. Em relação às características psicométricas, a LSNS-6 apresenta uma consistência interna adequada com um alfa de Cronbach de 0,798.

A *GDS-15* (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003) contém os itens mais fortemente correlacionados com o diagnóstico de depressão. Esta versão foi especificamente construída para medir sintomatologia depressiva na população idosa, a qual é constituída por quinze perguntas de resposta dicotómica (sim/não), sendo que na versão original são definidos os seguintes pontos de corte: 5 ou mais pontos determina depressão e um total igual ou maior que 11 caracteriza depressão severa (Cardão, 2009). No que diz respeito às características psicométricas, a GDS-15 apresenta boa consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,83.

O *Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional dos Idosos* (Folstein & McHugh, 1975; Rodrigues, 2008) foi desenvolvida para avaliar a capacidade funcional em

cinco áreas fundamentais para a qualidade de vida dos idosos (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades da vida diária) e mede, também, a utilização e a necessidade percebida de vários tipos de serviços, o que permite a avaliação de programas de intervenção e a tomada de decisões fundamentadas sobre o impacto de recursos e serviços. Neste estudo, foi utilizada apenas a parte B da OARS que avalia dezanove serviços distribuídos em seis categorias: (1) serviços gerais de apoio; (2) serviços sociais e recreativos; (3) serviços de saúde; (4) serviços de apoio económico; (5) serviços de apoio, avaliação e coordenação; e, (6) serviços não classificados. Sobre estes itens, avalia-se a utilização atual (nos últimos 6 meses), a frequência com que são utilizados e a necessidade percebida. No que se refere à categoria de serviços gerais de apoio, o serviço de emprego foi excluído por não se enquadrar no perfil dos participantes. No que se refere às características psicométricas, a coerência interna (alfa de Cronbach) para as cinco escalas de avaliação funcional do instrumento situou-se entre 0,64 e 0,91.

A *Escala de Satisfação com a Vida* (Diener, 1985; Neto, Barros & Barros, 1990) mede a satisfação com a vida enquanto processo de julgamento cognitivo, no sentido de avaliar o juízo subjetivo que cada indivíduo fez sobre a qualidade da própria vida, de acordo com critérios estabelecidos por si e não em função de padrões impostos externamente (Seco, Casimiro, Pereira, Dias & Custódio, 2005). Esta escala é composta por cinco itens com sete possibilidades de resposta em cada: (1) Totalmente em desacordo; (2) Desacordo; (3) Ligeiramente em Desacordo; (4) Nem de acordo nem em desacordo; (5) Ligeiramente de acordo; (6) Acordo; e, (7) Totalmente de acordo, variando a pontuação total entre 5 e 35, sendo que a pontuação 20 representa o ponto médio, ou seja, igualdade de satisfação e insatisfação. A versão original apresenta os seguintes pontos de corte: pontuações entre 5 e 9 pontos indicam extrema insatisfação com a vida, 10 e 14 pontos referem insatisfação, 15 e 19 pontos apontam para ligeira insatisfação, 21 e 25 pontos sugerem ligeira satisfação, 26 e 30 pontos indicam satisfação e 31 e 35 pontos referem extrema satisfação. Relativamente às características psicométricas do instrumento, este apresentou um coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 e um coeficiente de estabilidade de 0,82 no teste-reteste (Pavot & Diener, 1993). A versão portuguesa de Neto e colaboradores (1990) não definiu pontos de corte e registou consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,78.

3. Procedimentos de recolha de dados

Após a aprovação da Comissão Científica do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Viana do Castelo do presente projeto, procedeu-se às diligências necessárias à sua concretização.

Numa primeira fase, foi estabelecido contacto com a Vereação do Pelouro da Ação Social da Câmara Municipal de Santo Tirso e foi realizada uma reunião com os presidentes das juntas de freguesia do perímetro urbano de Santo Tirso, no sentido de delinear e coordenar a estratégia de angariação dos participantes. A partir desta reunião, foram instituídos contactos presenciais e telefónicos com cada um dos presidentes de junta ou em alguns casos com representantes diretos que, por sua vez, estabeleceram a ligação entre a investigadora.

A recolha de dados decorreu entre 28 de maio e 9 de agosto de 2013 através de entrevistas presenciais que foram agendadas mediante a disponibilidade dos participantes. O protocolo ANCEP_GeroSoc.2013 (Bastos, Faria, Moreira, Carvalho & Pereira, 2013) foi administrado aos participantes presencialmente em casa ou noutros locais previamente combinados, como juntas de freguesia, centros de dia e centros de convívio.

No início de cada entrevista presencial foi esclarecido o âmbito do estudo, os objetivos do estudo, o carácter voluntário da participação e foram informados sobre a confidencialidade e privacidade, assim como, a possibilidade de poderem desistir a qualquer momento da entrevista. Estas informações foram também apresentadas por escrito sob a forma de *consentimento informado* que, depois de lido e explicado, foi assinado pelos participantes.

A informação foi recolhida através de procedimentos de hetero-administração/administração assistida pela investigadora. Em média, a administração do protocolo durou cerca de uma hora.

4. Estratégias de análise de dados

A análise dos dados recolhidos foi efetuada com recurso ao software PASW Statistics® versão 21. Aquando da escolha dos testes estatísticos a serem realizados, teve-se em consideração os objetivos do estudo e a natureza das variáveis a analisar. Neste sentido, para a caracterização da amostra recorreu-se a medidas de tendência central e de dispersão no caso das variáveis contínuas e frequências, absolutas e relativas no caso das variáveis categóricas.

Primeiramente, foi testada a normalidade das variáveis através do teste Kolmogorov Smirnov (ANEXO VII) e, uma vez que a amostra segue distribuição não normal ($p < 0,05$), foram utilizados testes não paramétricos: teste de Mann Whitney para comparação de dois grupos independentes e teste de Kruskal Wallis para comparação de mais de dois grupos independentes. Para todos os procedimentos estatísticos, o valor de significância fixado foi 0,05. Na análise das relações entre as variáveis em estudo foi usado o coeficiente de correlação de Spearman.

No decorrer da análise de dados, foi criada uma nova variável – o nível socioeconómico (NSE). Na variável NSE foram considerados três grupos: NSE baixo, médio e alto (ANEXO VIII).

CAPÍTULO III. RESULTADOS

Neste capítulo serão descritos os resultados relativos à avaliação multidimensional realizada à população com 65 e mais anos no perímetro urbano de Santo Tirso.

1. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

A. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Foram inquiridos 140 idosos, 76 mulheres (54,3%) e 64 homens (45,7%), com idades compreendidas entre os 65 e os 101 anos ($M=77,4$, $dp=7,03$). Cerca de 61% dos participantes têm entre 65 e 79 anos e 39% têm 80 ou mais anos (Tabela 3).

Tabela 3. Descrição sociodemográfica dos participantes

	<i>n=140</i>	
	<i>n</i>	%
Idade <i>M(dp)</i>	77,4 (8,65)	
Min-Max	65-101	
65-79	85	60,7
80+	55	39,3
Género (% mulheres)	76	54,3
Estado civil		
Casado/união de facto	78	52,7
Viúvo	55	39,3
Separado/divorciado	3	2,1
Solteiro	4	2,9
Com filhos	128	91,4
N.º de filhos <i>M(dp)</i>	3,1 (2,44)	
Min-Max	1-13	
Escolaridade <i>M(dp)</i>	2,98 (2,54)	
Min-Max	1-12	
0	38	27,1
1-4	89	63,6
5+	13	9,3
Profissão		
Operário fabril	64	45,0
Operário de construção civil	15	10,7
Agricultura/pecuária	14	10,0
Administrativo/Assistente	14	10,0
Comerciante	9	6,4
Empregada doméstica	9	6,4
Motorista/Taxista	9	6,4
Doméstica	3	2,1
Técnico Superior	3	2,1

A maioria dos participantes (91,4%) tem filhos. Em média, os participantes têm 3 filhos, variando entre um e treze filhos.

Relativamente ao estado civil, 52,7% dos participantes são casados, 39,3% viúvos, 2,9% solteiros e 2,1% separados ou divorciados.

Em média os participantes têm 3 anos de escolaridade ($dp=2,44$): 27,1% não frequentaram a escola, 63,6% têm entre 1 a 4 anos de escolaridade e 9,3% têm 5 ou mais anos de escolaridade.

No que diz respeito à situação profissional, a totalidade dos participantes é reformada, sendo que alguns ainda têm uma ocupação laboral remunerada por conta própria. Aquando da vida profissional ativa, a maioria dos participantes (45,0%) foi operário fabril, seguindo-se operário de construção civil (10,7%) profissões ligadas à agricultura e à pecuária (10,0%), administrativo/assistente (10,0%) comerciante (6,4%), empregada doméstica (6,4%), motorista/taxista (6,4%), doméstica (2,1%) e técnico superior (2,1%).

A totalidade dos participantes tem algum tipo de passatempo e 96,4% afirma que a reforma alterou os seus passatempos (Tabela 4). Relativamente à ocupação dos tempos livres, as atividades sociais como, por exemplo, ir ao café, ao centro de convívio e passear com amigos são mencionadas por 65,7% dos participantes, ver televisão e atividades desempenhadas sem companhia como, por exemplo, ler, descansar, ouvir rádio e fazer croché/renda são realizadas por 49,3% dos participantes e cerca de 47% referiu ocupar-se com atividades domésticas, agrícolas e pecuárias. Para além das atividades referidas, atividades desportivas foram mencionadas por 6,4% dos participantes e atividades espirituais por 2,1%.

Tabela 4. Passatempos

	<i>n=140</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Atividades sociais	92	65,7
Ver TV	69	49,3
Atividades domésticas, agrícolas e pecuárias	65	46,4
Atividades desportivas	9	6,4
Atividades espirituais	3	2,1
<i>A reforma alterou os passatempos?</i>	135	96,4

Relativamente ao agregado familiar, a maioria dos participantes (72,1%) vive com membros da família nuclear (e.g. cônjuge e filhos), sendo que 22,9% vive sozinho, 2,1% vive com membros da família alargada (e.g. netos e outros familiares) e apenas 2,1% apresenta outras configurações (e.g. pessoas com remuneração) (Tabela 5).

Relativamente aos rendimentos mensais do agregado familiar, 10,0% dos participantes auferem rendimentos inferiores a 420€, 60,7% recebe entre 421 e 1000€ e 29,3% auferem rendimentos superiores a 1001€. Cerca de 9% dos participantes afirma que são insuficientes, enquanto 52,9% considera que apenas chegam para cobrir os seus gastos e 38,6% acha que os cobrem sem problemas. Quando questionados sobre se os rendimentos permitem satisfazer as suas necessidades, 14,3% dos participantes considera que estas dificilmente são satisfeitas com os rendimentos que têm; 59,3% acha que os rendimentos cobrem razoavelmente as suas necessidades e 26,4% totalmente. Se confrontados com uma situação inesperada no futuro, 53,6% estima não ter rendimentos suficientes para fazer face a tal situação. No entanto, considerando os rendimentos do agregado familiar, cerca de um terço da amostra considera necessitar de ajuda económica extra.

Tabela 5. Características socioeconómicas do agregado familiar

	<i>n=140</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
N.º de pessoas com quem vive (Min-Max)	0-7	
Vive sozinho	32	22,9
Família nuclear	101	72,1
Família alargada	4	2,9
Outras configurações	3	2,1
Valor rendimentos mensais do agregado familiar		
Inferior a 249€	2	1,4
Entre 250 e 420€	12	8,6
Entre 421 e 1000€	45	60,7
Entre 1001 e 2000€	26	18,6
Superior a 2001€	15	10,7
São os rendimentos suficientes?		
Rendimentos insuficientes	12	8,6
Apenas para os gastos	74	52,9
Cobrem sem problemas os gastos	54	38,6
Os rendimentos cobrem as necessidades?		
Dificilmente	20	14,3
Razoavelmente	83	59,3
Totalmente	37	26,4
Os rendimentos são suficientes face a uma situação inesperada?		
Sim	64	45,7
Não	75	53,6
Ns/Nr	1	0,7
Necessita de ajuda económica extra, considerando os rendimentos do agregado familiar?		
Sim	50	35,7
Não	90	64,3

CAPÍTULO III - RESULTADOS

A totalidade dos participantes dispõe de eletricidade e televisão em casa e a grande maioria tem telefone/telemóvel (97,1%), aquecimento (78,6%) e água canalizada (74,3%) (Tabela 6). Apesar de só cerca de 50% ter saneamento, 93,6% considera que a sua casa tem condições adequadas. Em termos de humidade, 87,9% afirma não ter humidade em casa.

Dos participantes que afirmam que a sua casa tem as condições adequadas, 30,5% considera que a sua casa “é boa”, 19,8% diz ter uma casa grande e espaçosa, 16,8% ressalva que não tem escadas em casa, 16,0% afirma ter tudo que precisa, enquanto 12,2% fez recentemente obras de adaptação e/ou correção de algumas barreiras arquitetónicas e 4,6% diz que a sua casa tem boa localização e o ambiente é calmo e saudável.

Tabela 6. Condições da habitação/casa

	<i>n</i>	<i>n=140</i> %
A casa tem condições adequadas?		
Sim	131	93,6
Não	9	6,4
Razões boas condições		
É boa	40	30,5
Casa grande/espaçosa	26	19,8
Não tem escadas	22	16,8
Tem tudo que é preciso	21	16,0
Obras recentes	16	12,2
Localização e ambiente calmo e saudável	6	4,6
Razões más condições		
Sem condições de habitabilidade	4	44,4
Barreiras arquitetónicas	5	55,6
Recursos		
Eletricidade	140	100,0
Televisão	140	100,0
Telefone/telemóvel	136	97,1
Ausência de humidade	123	87,9
Aquecimento	110	78,6
Água canalizada	104	74,3
Saneamento	71	50,7

Dentro de casa, cerca de 65% dos participantes refere ter barreiras arquitetónicas que lhe dificultam a mobilidade, entre as quais, destacam-se escadas (57,8%), escadas e banheira (24,4%), banheira (15,6%), portas estreitas (1,1%) e casa deteriorada (1,1%), nomeadamente o pavimento interior estragado (Tabela 7).

Tabela 7. Dificuldades de mobilidade

	<i>n=140</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Na sua casa, algo lhe dificulta a sua mobilidade ?</i>		
Não	50	35,7
Sim	90	64,3
<i>O quê?</i>		
Escadas	52	57,8
Escadas e banheira	22	24,4
Banheira	14	15,6
Portas estreitas	1	1,1
Casa deteriorada	1	1,1
<i>Sente alguma dificuldade em deslocar-se fora de casa?</i>		
Não	95	67,9
Sim	45	32,1
<i>Quais?</i>		
Problemas de locomoção	33	73,3
Problemas das vias públicas	7	15,6
Só saí acompanhado	5	11,1

Relativamente a dificuldade de mobilidade fora de casa, aproximadamente 32% dos participantes afirma ter dificuldade em deslocar-se fora de casa, devido a problemas de locomoção (73,3%) e a problemas das vias públicas como, por exemplo, o pavimento dos passeios (15,6%), sendo que 11,1% dos participantes só sai fora de casa acompanhado.

Em média, os participantes residem há cerca de 38 anos ($dp=22,04$) na mesma freguesia, sendo que a amplitude de resultados variou entre nem um ano e 83 anos.

Relativamente à relação com vizinhos, a maioria dos participantes considera que é próxima e amigável (83,6%), enquanto 12,9% responde que a relação é inexistente, 2,9% afastada e 0,7% conflituosa (Tabela 8).

Tabela 8. Redes de vizinhança e acessibilidades a bens e serviços

	n=140	
	n	%
Tempo que reside na freguesia <i>M(dp)</i>	37,5 (22,04)	
Relação com vizinhos		
Próxima e amigável	117	83,6
Inexistente	18	12,9
Afastada	4	2,9
Conflituosa	1	0,7
Tem transporte público para ir de sua casa até:		
Segurança Social ^{a)}	84	82,4
Hospital ^{a)}	84	82,4
Finanças ^{a)}	82	80,4
Centro de saúde ^{a)}	74	72,5
Piscina ^{b)}	20	19,8
Parque Urbano ^{c)}	2	2,0
Equipamentos sociais necessários na sua freguesia para apoiar os idosos		
Lar de idosos	54	38,6
Serviço de apoio domiciliário	50	35,7
Centro de dia	15	10,7
Acolhimento familiar	5	3,6
Centro de convívio	2	1,4

^{a)}n=102; ^{b)}n=101; ^{c)}n=100

Relativamente a acessibilidade, 82,4% dos participantes tem transporte público para se deslocar de sua casa até à segurança social e ao hospital, 80,4% até às finanças, 72,5% até ao centro de saúde, 19,8% até à piscina e apenas 2,0% até ao Parque Urbano da Rabada.

Quando questionados sobre que equipamentos sociais seriam necessários para apoiar os idosos na sua freguesia, as opções mais respondidas foram lar de idosos (38,6%) e serviço de apoio domiciliário (35,7%), seguindo-se centro de dia (10,7%), acolhimento familiar (3,6%) e centro de convívio (1,4%).

No que diz respeito às vantagens da freguesia de residência, a vantagem mais apontada pelos participantes foi a localização (32,9%), seguindo-se o ambiente social (30,4%) e o facto de as pessoas se conhecerem (17,7%) e de ser a terra em que sempre viveram (13,9%). Cerca de 5% dos inquiridos considera que a sua freguesia de residência não tem vantagens (Tabela 9).

Tabela 9. Vantagens e necessidades da freguesia

	<i>n</i>	%
<i>Na sua opinião, quais as vantagens de viver nesta freguesia?</i>		
Localização	52	32,9
Ambiente	48	30,4
Conheço toda a gente	28	17,7
Terra onde sempre vivi	22	13,9
Não tem vantagens	8	5,1
<i>Ao residir aqui, do que sente mais falta?</i>		
Nada	100	62,9
Serviços de saúde e sociais	19	11,9
Serviços e comércio	15	9,4
Bens básicos	12	7,6
Família, amigos, companhia	6	3,8
Rede rodoviária	6	3,8
Recursos financeiros	1	0,6

Relativamente a desvantagens, nomeadamente ao que os participantes sentem falta ao residir na sua freguesia, a maioria (62,9%) afirma não sentir falta de nada. Sobre este assunto, os serviços de saúde e sociais foram os mais apontados (11,9%), seguindo-se serviços e comércio (9,4%) e bens básicos como o saneamento e a água canalizada (7,6%). Com menores percentagens, os participantes apontaram como necessidades a falta de familiares, amigos e companhia (3,8%), a rede rodoviária (3,8%) e recursos financeiros (0,6%).

B. DIMENSÕES DO ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL

1. Funcionalidade: as atividades da vida diária

Relativamente à funcionalidade para as atividades básicas da vida diária (ABVD), os participantes obtiveram uma pontuação média de 95,6 ($dp=11,13$) no Índice de Barthel, variando os resultados na amostra entre 20 e 100. Note-se que nesta escala de medida, quanto mais baixos são os valores maior é o grau de dependência do indivíduo. A maioria dos participantes é independente para as atividades básicas da vida diária (89,3%), sendo que 9,3% é ligeiramente dependente, 0,7% moderadamente dependente e 0,7% severamente dependente (Tabela 10).

Tabela 10. Funcionalidade para as atividades básicas e instrumentais da Vida Diária

	<i>n=140</i>	
	<i>n</i>	%
Funcionalidade para as atividades básicas da vida diária (<i>M (dp)</i>)	95,6 (11,13)	
Amplitude	0-100	
Min-Máx	0-100	
Independente	125	89,3
Ligeiramente dependente	13	9,3
Moderadamente dependente	1	0,7
Severamente dependente	1	0,7
Funcionalidade para as atividades instrumentais da vida diária (<i>M (dp)</i>)	12,8 (5,42)	
Amplitude	8-29	
Min-Máx	8-29	
Independente	33	23,6
Moderadamente dependente	89	63,6
Severamente dependente	18	12,9

Em relação à funcionalidade para as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), os participantes obtiveram uma pontuação média de 12,8 ($dp=5,42$) na Escala de Lawton, variando entre 8 e 29. Mais de metade dos participantes (63,6%) é moderadamente dependente, enquanto 23,6% é independente e 12,9% é severamente dependente nas atividades instrumentais da vida diária.

2. Funcionamento cognitivo: a atividade mental

A tabela 11 apresenta os resultados obtidos relativos ao funcionamento cognitivo.

Relativamente ao funcionamento cognitivo, os participantes obtiveram uma pontuação média de 24,2 ($dp=5,71$) no MMSE, variando entre 9 e 30. De uma forma geral, os participantes obtêm médias nas várias dimensões do MMSE que se aproximam ou coincidem com o limite máximo da pontuação possível. As dimensões nas quais os participantes obtêm resultados médios mais baixos são as de cálculo, memória de trabalho e organização visuo-percetiva. Da totalidade dos participantes, 27,9% apresenta défice cognitivo.

Tabela 11. Funcionamento cognitivo

		<i>n=140</i>	
	<i>Amplitude</i>	<i>M (dp)</i>	<i>min-máx</i>
MMSE	0-30	24,2 (5,71)	9-30
Orientação	0-10	8,5 (2,34)	2-10
Memória imediata	0-3	3,0 (0,0)	3-3
Cálculo	0-5	3,7 (2,03)	0-5
Memória de trabalho	0-3	1,8 (1,35)	0-3
Linguagem	0-8	7,28 (1,33)	3-8
Organização Visuo-percetiva (desenho)	0-1	0,4 (0,49)	0-1
Défice Cognitivo		<i>n</i>	<i>%</i>
Com défice		39	27,9
Sem défice		101	72,1

3. Funcionamento interpessoal: as relações sociais

No que diz respeito à rede social, os participantes obtiveram uma pontuação média de 21 ($dp=4,73$) na Escala da Rede Social de Lubben-6, variando entre 9 e 30. Embora a média seja muito similar nas duas dimensões, verificou-se que os valores obtidos relativamente à família ($M=11,4$; $dp=2,42$) são superiores aos valores relativos aos amigos ($M=9,7$; $dp=3,61$). Da totalidade dos participantes, apenas 1,4% apresenta critérios de maior risco de isolamento social (Tabela 12).

Tabela 12. Funcionamento da rede social

		<i>n=140</i>	
	<i>Amplitude</i>	<i>M (dp)</i>	<i>min-máx</i>
Rede Social (Lubben)	0-30	21,0 (4,73)	9-30
Família	0-15	11,4 (2,42)	3-15
Amigos	0-15	9,7 (3,61)	0-15
Risco Social		<i>n</i>	<i>%</i>
Maior risco de isolamento social		2	1,4
Menor risco de isolamento social		138	98,6

4. Satisfação com a vida

Relativamente à satisfação com a vida, os participantes obtiveram uma pontuação média de 29,1 ($dp=4,27$) na Escala de Satisfação com a Vida, que variou entre 10 e 35 pontos (Tabela 13). Tendo em conta que o ponto médio da escala é 20, é possível verificar que a média registada ($M=29,1$) é consideravelmente superior, estando mais próxima de máximo de satisfação do que de níveis de insatisfação. Assim sendo, os resultados apontam para que os participantes estão satisfeitos com a vida.

Tabela 13. Satisfação com a vida

<i>n=140</i>			
	<i>Amplitude</i>	<i>M (dp)</i>	<i>min - máx</i>
Satisfação com a vida	5-35	29,1 (4,27)	10 - 35

5. Sintomatologia Depressiva

No que concerne à sintomatologia depressiva, os participantes obtiveram uma pontuação média de 6,6 ($dp=1,59$) na Escala de Depressão Geriátrica – 15, variando entre 4 e 11 (Tabela 14). Tendo em conta que quanto menor a pontuação, menores são os níveis de sintomatologia depressiva, é possível verificar que a pontuação média dos participantes ($M=6,6$) se encontra sensivelmente abaixo do meio da amplitude teórica da escala.

Tabela 14. Sintomatologia depressiva

<i>n=140</i>			
	<i>Amplitude</i>	<i>M (dp)</i>	<i>min - máx</i>
Sintomatologia depressiva (GDS15)	0-15	6,6 (1,59)	4 - 11

C. ASPETOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS DIMENSÕES DO ENVELHECIMENTO

A análise iniciou-se pela verificação da existência de diferenças significativas na variável género. Para análise desta variável foi usado o teste de Mann-Whitney.

Tabela 15. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o género

	Género	Média (<i>dp</i>)	Mediana (<i>DIQ</i>)	U	p
Barthel	Masculino	96,88 (8,04)	100,00 (0,00)	2187,00	0,2
	Feminino	94,54 (13,15)	100,00 (5,00)		
Lawton	Masculino	13,27 (4,72)	12,00 (5,00)	1812,50	0,009
	Feminino	12,36 (5,90)	10,00 (7,00)		
MMSE	Masculino	25,70 (4,65)	27,00 (6,00)	1791,50	0,007
	Feminino	22,93 (6,23)	25,00 (9,00)		
Lubben	Masculino	21,75 (4,22)	23,00 (6,00)	2019,00	0,08
	Feminino	20,45 (5,07)	20,00 (8,00)		
Satisfação	Masculino	29,69 (4,17)	30,00 (3,00)	1983,00	0,004
	Feminino	28,64 (4,32)	30,00 (3,00)		
GDS	Masculino	1,84 (2,26)	1,00 (3,00)	1554,50	0,000
	Feminino	3,605 (3,05)	3,00 (4,00)		

Como se pode observar na tabela 15, há diferenças significativas em todas as escalas do protocolo ANCEP_GeroSoc.2013, exceto no Índice de Barthel e Lubben. Estas diferenças encontram-se representadas nas figuras seguintes.

Relativamente à funcionalidade nas atividades instrumentais da vida diária, verifica-se que um grande número dos participantes do género feminino tem pontuações entre 8 e 10 no Índice de Lawton, indicando que são independentes ou moderadamente dependentes. Por sua vez, os participantes do género masculino concentram-se mais nas pontuações entre 10 e 15, ou seja, são moderadamente dependentes na realização deste tipo de atividades da vida diária. No entanto, é maior o número de mulheres que se apresentam como severamente dependentes nas AIVD.

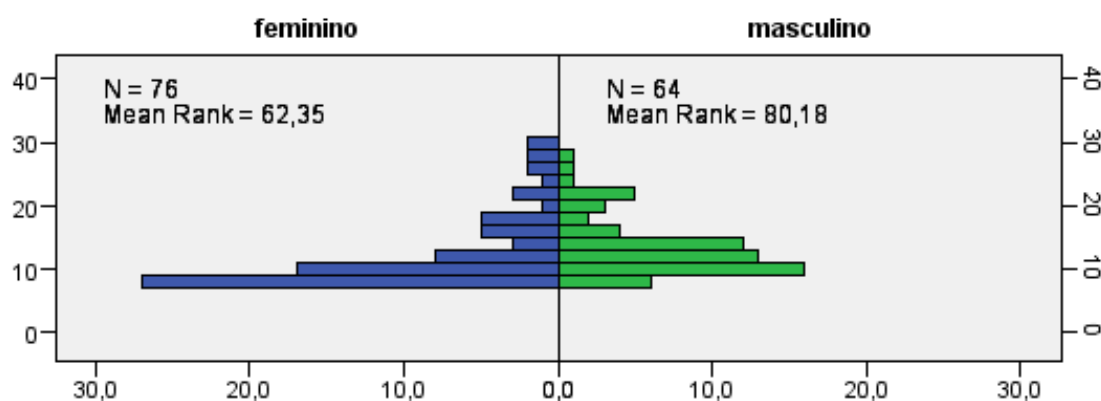


Figura 4. Distribuição dos resultados do Índice de Lawton (%) segundo o género

Relativamente ao funcionamento cognitivo, o número de participantes do género masculino com melhor desempenho é superior ao dos participantes do género feminino, sendo o número de mulheres com défice cognitivo consideravelmente superior (Figura 6).

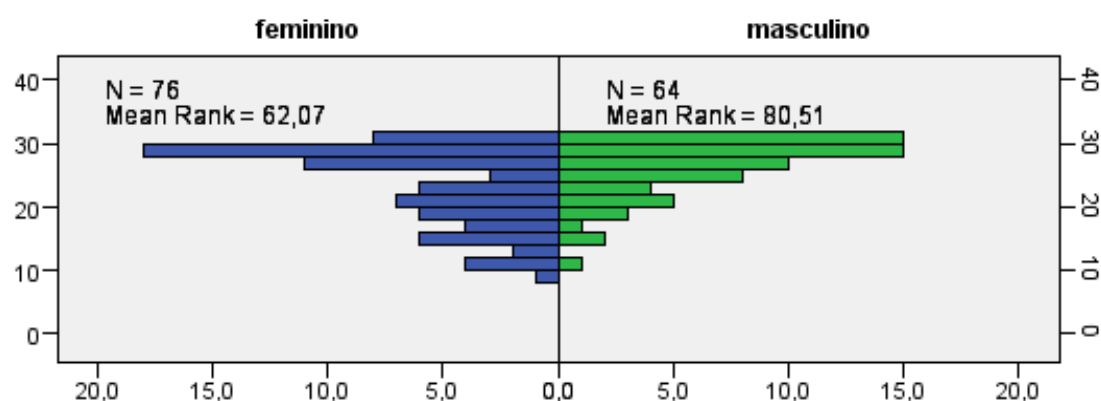


Figura 5. Distribuição dos resultados do MMSE (%) segundo o género

Na Figura 7, é possível observar que os homens obtiveram pontuações mais elevadas na satisfação com a vida em comparação com o grupo dos participantes do género masculino.

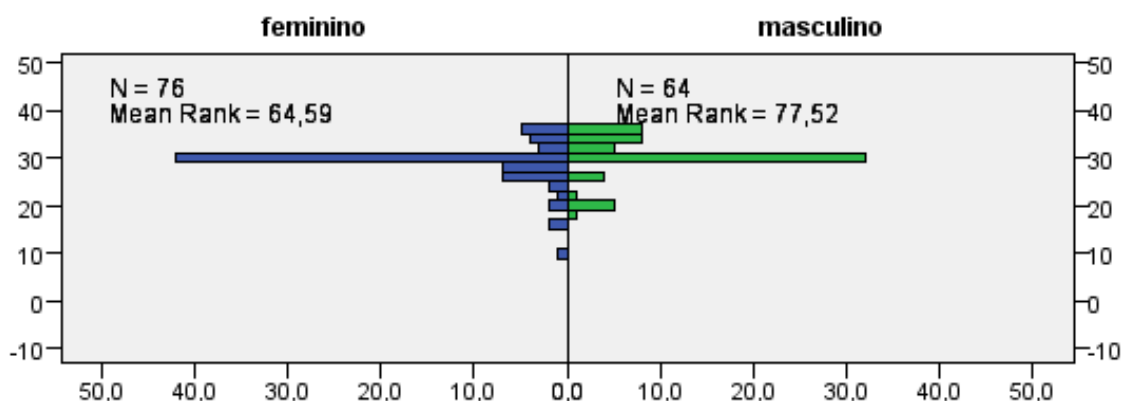


Figura 6. Distribuição dos resultados da satisfação com a vida (%) segundo o género

Em relação à sintomatologia depressiva, existem diferenças significativas entre géneros. Os homens apresentam níveis mais baixos de sintomatologia comparativamente com as mulheres (Figura 8).

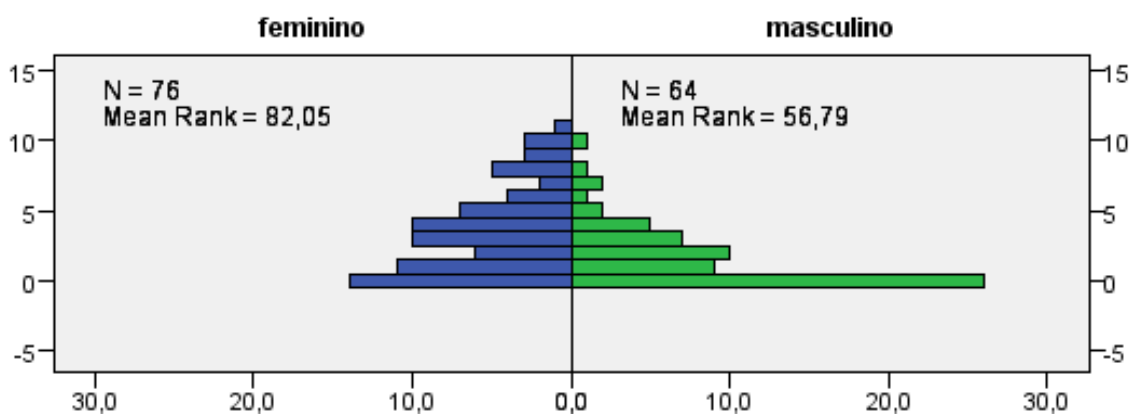


Figura 7. Distribuição dos resultados da GDS (%) segundo o género

Através desta análise, é possível afirmar que o género é uma variável determinante no processo de envelhecimento. As mulheres são menos dependentes nas AIVD, apresentam mais défice cognitivo, mais sintomatologia depressiva e estão menos satisfeitas com a vida, comparativamente com os homens que apresentam maior dependência nas AIVD, menos défice cognitivo e sintomatologia depressiva e estão mais satisfeitos com a vida.

CAPÍTULO III - RESULTADOS

De forma análoga, utilizamos o teste de Mann-Whitney para analisar as diferenças entre os grupos de idade de 65-79 anos e 80 ou mais anos (Tabela 30).

Tabela 16. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o grupo etário

	Grupo etário	Média (dp)	Mediana (DIQ)	U	p
Barthel	65-79	97,88 (7,00)	100,00 (0,00)	1631,00	0,0001
	80+	92,09 (14,90)	100,00 (10,00)		
Lawton	65-79	10,93 (4,09)	10,00 (4,00)	1076,50	0,0001
	80+	15,62 (5,99)	15,00 (11,00)		
MMSE	65-79	25,81 (5,01)	28,00 (5,00)	1301,00	0,0001
	80+	21,71 (5,87)	22,00 (9,00)		
Lubben	65-79	21,58 (4,27)	22,00 (7,00)	1979,00	0,1
	80+	20,22 (5,30)	20,00 (8,00)		
Satisfação	65-79	29,22 (4,45)	30,00 (1,00)	2316,00	0,9
	80+	28,96 (4,02)	30,00 (4,00)		
GDS	65-79	2,29 (2,73)	1,00 (4,00)	1654,00	0,003
	80+	3,58 (2,87)	3,00 (5,00)		

Da análise da tabela 16, podemos verificar que em relação ao Índice de Lawton, ao Índice de Barthel, ao MMSE e à GDS-15, há diferenças significativas ($p < 0,05$). No entanto, relativamente à Escala de Satisfação com a Vida e às relações com a família e amigos (Lubben), não há diferenças estatisticamente significativas em termos de grupos de idade. As diferenças mencionadas encontram-se representadas nas figuras seguintes.

Através da análise da Figura 9, pode-se afirmar que o número de participantes independentes na 3.^a idade no que diz respeito às ABVD reduz para cerca de metade na 4.^a idade.

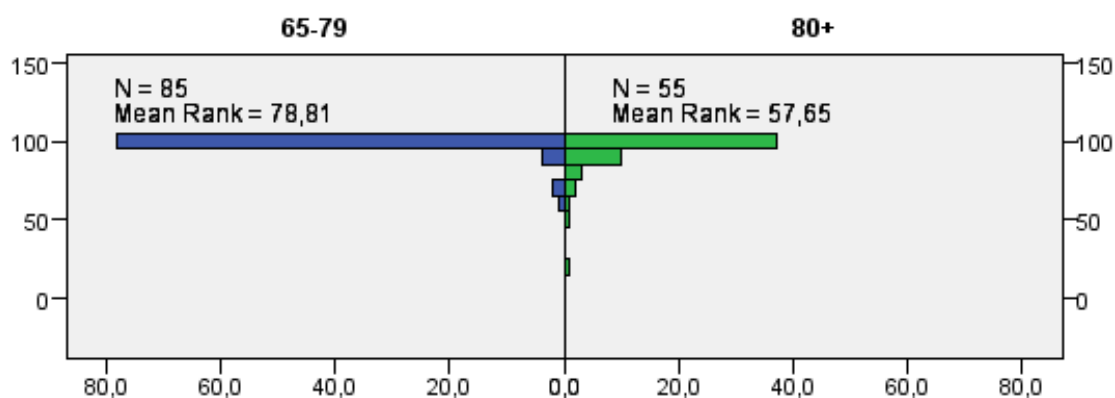


Figura 8. Distribuição dos resultados do Índice de Barthel (%) segundo o grupo etário

Na figura 10, é possível observar graficamente as diferenças significativas entre a 3.^a idade (65-79 anos) e a 4.^a idade (80+ anos) relativamente à funcionalidade nas AIVD. Na 3.^a idade apresentam-se resultados mais positivos com pontuações mais baixas, enquanto na 4.^a idade a distribuição é bastante diferente, destacando-se que enquanto na primeira se encontram cerca de 30 participantes, na segunda estão apenas cerca de dois participantes definidos como independentes nas AIVD.

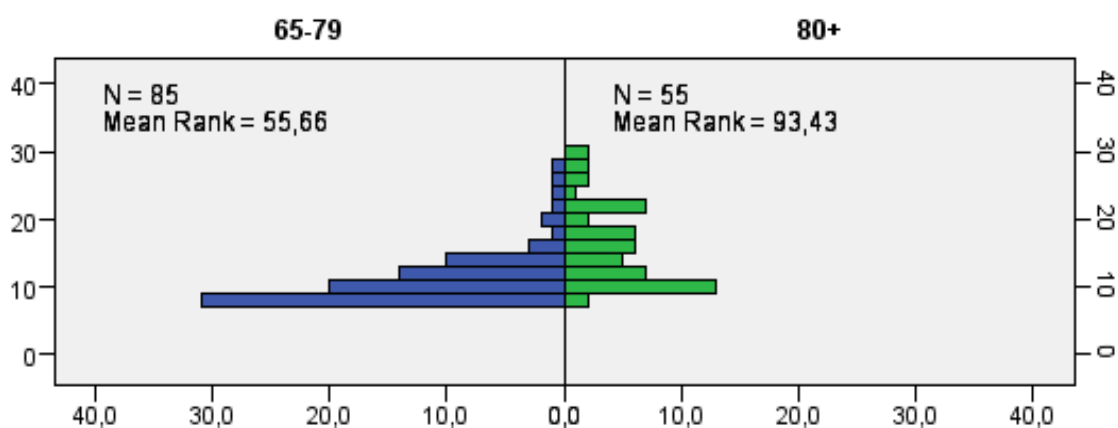


Figura 9. Distribuição dos resultados do Índice de Lawton (%) segundo o grupo etário

Os resultados apontam para diferenças significativas no funcionamento cognitivo na 3.^a e 4.^a idade (Figura 11). A faixa etária dos 65-79 anos apresenta resultados mais positivos em comparação com a faixa etária dos 80+ anos no MMSE, ou seja, é na 4.^a idade que se encontram mais participantes com défice cognitivo.

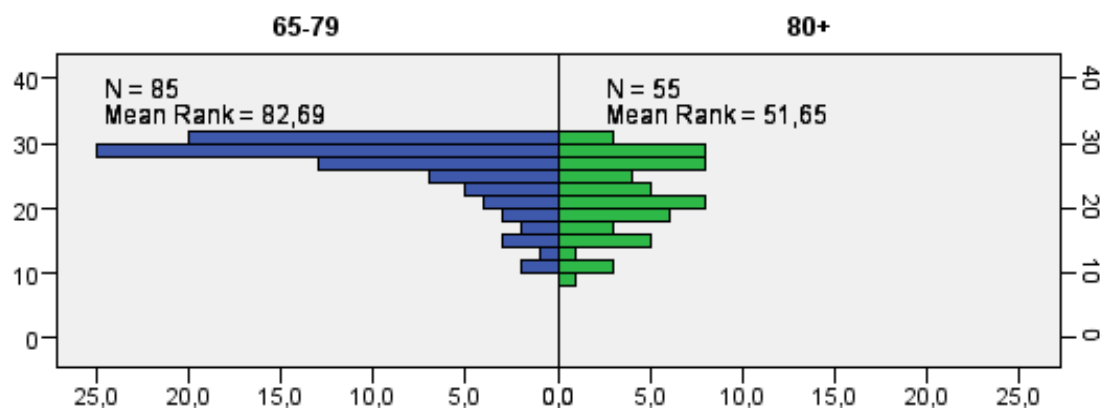


Figura 10. Distribuição dos resultados do MMSE (%) segundo o grupo etário

No rastreio da sintomatologia depressiva, na 4.^a idade registaram-se valores mais preocupantes, uma vez que os participantes desta faixa etária apresentam níveis de sintomatologia mais elevados comparativamente com os participantes de 3.^a idade.

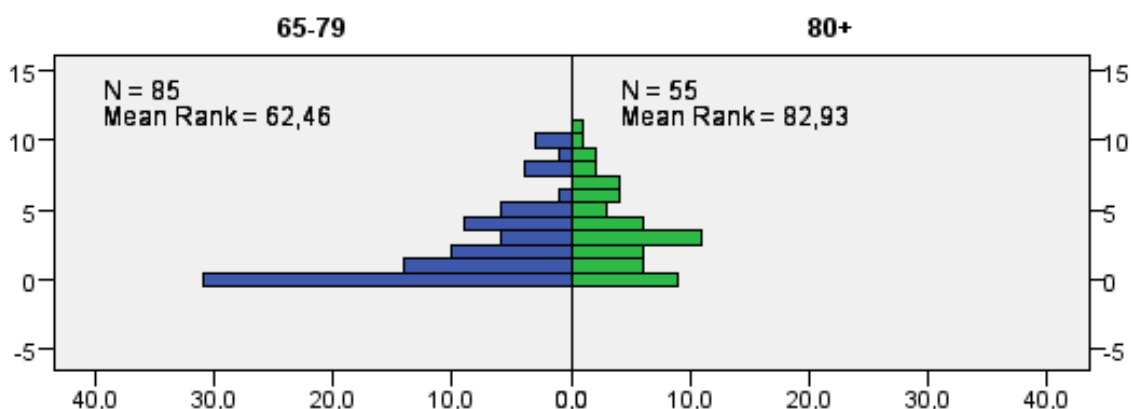


Figura 11. Distribuição dos resultados da GDS_15 (%) segundo o grupo etário

Desta forma, é possível afirmar que todos os instrumentos de medida graficamente representada apresentam diferenças significativas quanto à sua

distribuição na 3.^a e 4.^a idade. Na 3.^a idade temos participantes mais independentes nas ABVD e nas AIVD, com menos défice cognitivo e com menos sintomatologia depressiva, enquanto os participantes na 4.^a idade são mais dependentes nas ABVD e nas AIVD, têm mais défice cognitivo e apresentam mais sintomatologia depressiva. Estas diferenças tão significativas entre os grupos etários poderão dever-se ao facto de o número de participantes da 3.^a idade ser consideravelmente superior ao número de participantes na 4.^a idade.

De forma similar, utilizamos o teste de Kruskal-Wallis para analisarmos as diferenças entre os grupos NSE baixo, médio e alto (Tabela 17).

Tabela 17. Descrição das dimensões do envelhecimento segundo o NSE

	NSE	Média (<i>dp</i>)	Mediana (<i>DIQ</i>)	H	<i>p</i>
Barthel	Baixo	94,73 (9,57)	100,00 (10,00)	2,80	0,2
	Médio	96,35 (9,51)	100,00 (5,00)		
	Alto	95,25 (14,54)	100,00 (0,00)		
Lawton	Baixo	14,27 (6,00)	13,00 (8,00)	4,25	0,1
	Médio	12,38 (4,93)	11,00 (7,00)		
	Alto	12,00 (5,46)	10,00 (5,00)		
MMSE	Baixo	20,24 (5,91)	20,00 (11,00)	32,12	0,0001
	Médio	25,03 (4,70)	27,00 (7,00)		
	Alto	26,55 (5,22)	29,00 (6,00)		
Lubben	Baixo	19,14 (4,52)	20,00 (8,00)	9,74	0,008
	Médio	22,13 (4,24)	23,00 (6,00)		
	Alto	21,10 (5,18)	21,00 (7,00)		
Satisfação	Baixo	27,78 (4,97)	30,00 (5,00)	7,78	0,02
	Médio	29,25 (4,16)	30,00 (0,00)		
	Alto	30,15 (3,45)	30,00 (3,00)		
GDS	Baixo	4,54 (3,41)	4,00 (7,00)	13,65	0,001
	Médio	2,11 (2,22)	2,00 (3,00)		
	Alto	2,76 (2,53)	1,50 (4,00)		

Verificamos que, relativamente ao MMSE, à Escala de Lubben, à Escala de Satisfação com a Vida e à GDS_15, existem diferenças significativas entre o NSE alto, médio e baixo nestes índices. Pelo contrário, não há diferenças no Índice de Barthel e Índice de Lawton.

Na figura 13 é possível verificar que as medianas do MMSE variam de acordo com o NSE. Quanto maior o nível socioeconómico melhor o funcionamento cognitivo, embora esta diferença seja mais acentuada entre o NSE baixo e o NSE médio. De salientar que, no NSE médio verifica-se um *outlier* e dois no NSE alto. Após realizadas comparações múltiplas, as diferenças significativas são justificadas pela diferença entre o NSE baixo e o NSE médio.

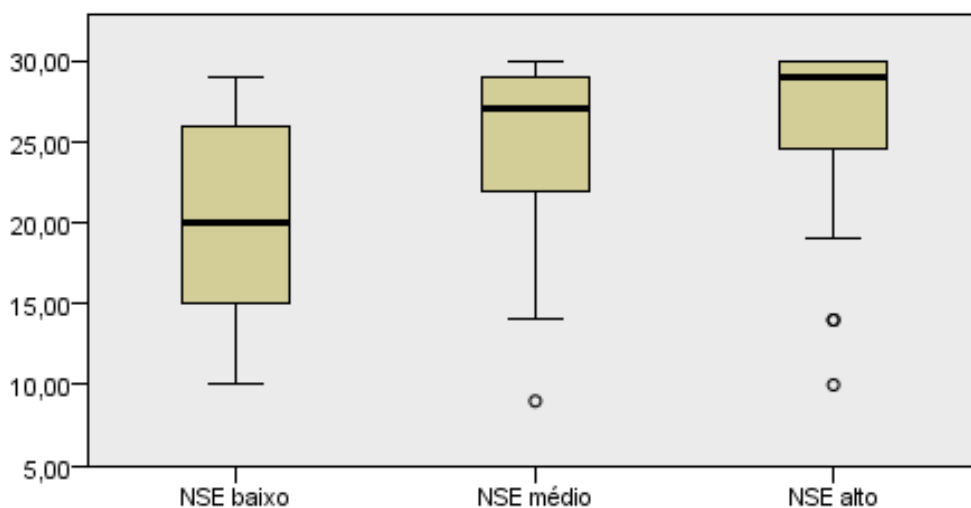


Figura 12. Distribuição dos resultados do MMSE (%) segundo o NSE

Como é possível verificar na Figura 14, existem ligeiras variações entre as medianas dos resultados da Escala da Rede Social de Lubben segundo o NSE. Os participantes com NSE médio são os que apresentam melhores resultados relativamente à rede social. De referir que verifica-se um *outlier* no NSE médio. Depois de feitas comparações múltiplas, é possível afirmar que as diferenças significativas estão entre o NSE baixo e o NSE médio.

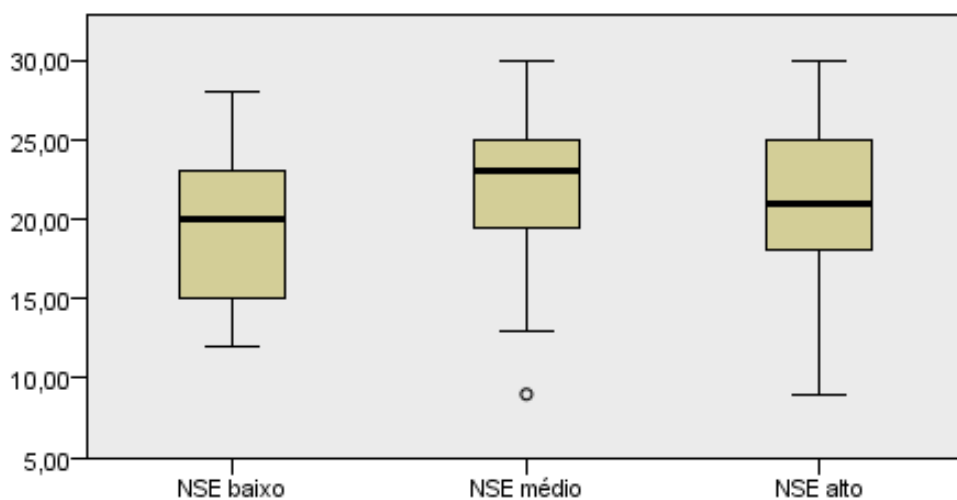


Figura 13. Distribuição dos resultados da Escala da Rede Social de Lubben-6 (%) segundo o NSE

Relativamente à satisfação com a vida, embora as medianas sejam iguais, as distribuições são bastante diferentes, como se pode observar na Figura 14. O NSE médio apresenta uma maior concentração em torno da mediana ($DIQ=0$), enquanto o NSE baixo exibe resultados mais dispersos ($DIQ=5$). Através da análise da tabela 32, é possível observar que a tendência é quanto mais elevado o NSE, maior o nível de satisfação com a vida. Apesar de ténues, as diferenças significativas encontradas nas comparações múltiplas estão entre o NSE baixo e o NSE alto.

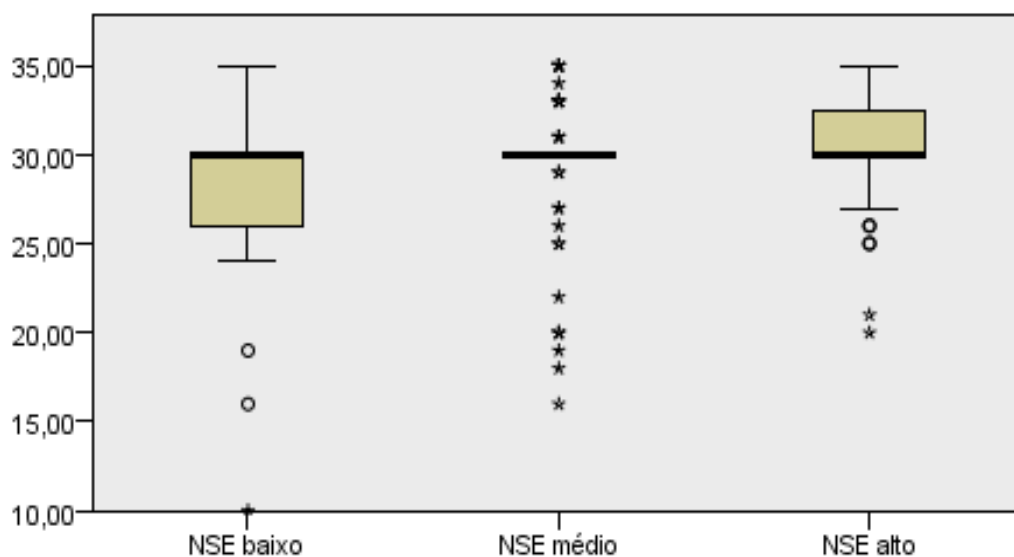


Figura 14. Distribuição dos resultados da satisfação com a vida (%) segundo o NSE

No que diz respeito à sintomatologia depressiva, quanto menor o NSE maiores são os níveis de sintomatologia depressiva. Esta diferença é mais acentuada entre o

NSE baixo e o NSE médio do que entre o NSE médio e o NSE alto (Figura 15). De referir ainda que no NSE médio e alto, a concentração do nível de depressão é mais baixo e que no NSE médio existem dois *outliers*. Através da realização de comparações múltiplas, verificou-se que as diferenças significativas estão entre o NSE baixo e o NSE médio e entre o NSE baixo e o NSE alto.

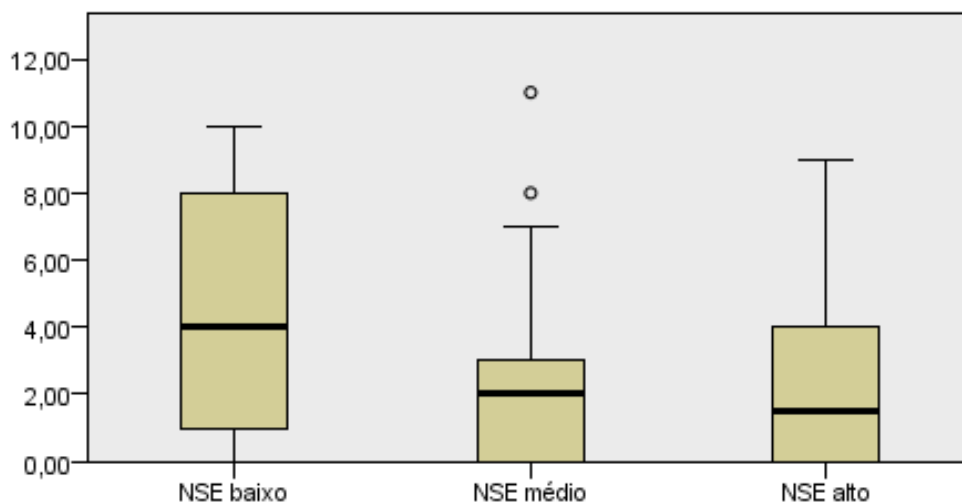


Figura 15. Distribuição dos resultados da GDS_15 (%) segundo o NSE

Em suma, é possível afirmar que o NSE tem influência no funcionamento cognitivo, na satisfação com a vida e na sintomatologia depressiva. Quanto maior o NSE, melhores resultados foram apontados nas dimensões do envelhecimento individual – os participantes com NSE baixo apresentam mais défice cognitivo, mais sintomatologia depressiva e menor satisfação com a vida comparativamente ao NSE alto. O NSE médio apresenta sempre resultados intermédios.

Relação entre as dimensões do envelhecimento individual

A Tabela 18 apresenta a matriz de correlações entre idade, NSE e cada uma das escalas que compõem o Protocolo ANCEP_GeroSoc.2013.

Tabela 18. Correlação entre as escalas do protocolo ANCEP_GeroSoc.2013

	MMSE	Satisfação com a Vida	GDS	Lubben	Barthel	Lawton
MMSE	1	0,355**	-0,569**	0,313**	0,477**	-0,587**
Satisfação	—	1	-0,476**	0,302**	0,274**	-0,219**
GDS	—	—	1	-0,364**	-0,385**	0,322**
Lubben	—	—	—	1	0,320**	-0,353**
Barthel	—	—	—	—	1	-0,607**
Lawton	—	—	—	—	—	1

Correlações de Spearman: ** p<0,01

Analisando as correlações entre as seis escalas usadas no Protocolo ANCEP_GeroSoc.2013, verifica-se várias correlações, nomeadamente o Índice de Lawton e a GDS_15 apresentam correlações significativas com todas as variáveis da tabela 33. O MMSE apresenta uma correlação significativa e positiva com a Escala da Satisfação com a Vida, a Escala da Rede Social de Lubben e o Índice de Barthel e correlações significativas e negativas com a GDS_15 e o Índice de Lawton. Por sua vez, a Escala de Satisfação com a Vida apresenta correlações significativas negativas com a GDS_15 e o Índice de Lawton e correlações positivas com a Escala da Rede Social de Lubben e o Índice de Barthel. Finalmente, a Escala da Rede Social de Lubben correlaciona-se positivamente com o Índice de Barthel e negativamente com o Índice de Lawton.

D. UTILIZAÇÃO DE RECURSOS E SERVIÇOS COMUNITÁRIOS

As tabelas 19, 20, 21, 22, 23 e 24 apresentam resultados da Escala B da OARS – Utilização de Serviços.

Tabela 19. Serviços gerais de apoio.

	n=140	
	n	%
Serviços de Cuidados Pessoais		
Teve ajuda nos cuidados pessoais	25	17,9
Quem ajudou		
Familiar	15	60,0
Alguém a quem paga por essa ajuda	6	24,0
Alguém de uma instituição	4	16,0
Quanto tempo		
Menos de ½ hora por dia	10	40,0
½ hora a 1 ½ hora por dia	8	32,0
Mais de 1 ½ hora por dia	7	28,0
Ainda recebe ajuda	22	88,0
Considera necessitar de ajuda para os cuidados pessoais	22	15,7
Supervisão Contínua		
Recebeu supervisão durante 24 horas por dia	13	9,3
Quem prestou supervisão contínua		
Familiar	6	46,2
Outra pessoa paga	5	38,5
Alguém de uma instituição ou segurança social	1	7,7
Familiar + Alguém de uma instituição	1	7,7
Ainda tem supervisão 24h	11	84,6
Considera necessitar de supervisão 24 horas por dia	12	8,6
Serviços de monitorização		
Beneficiou de serviço de monitorização	107	76,4
Quem o fez		
Familiar	67	62,6
Amigo	2	1,9
Familiar e Amigos	37	34,6
Alguém a quem paga por essa tarefa	1	0,9
Ainda beneficia deste serviço	107	100,0
Considera necessitar de alguém que monitorize o seu estado	105	75,0

Em relação aos serviços de cuidados pessoais, cerca de 18% dos participantes teve ajuda nos cuidados pessoais nos últimos 6 meses. Na maioria dos casos os cuidados pessoais foram prestados por familiares (60%), seguindo-se os cuidados prestados por alguém remunerado para essa tarefa (24%) e alguém de uma instituição (16%). Em 40% dos participantes a prestação de cuidados pessoais durou menos de ½ hora por dia, 32% entre ½ hora a 1 ½ hora por dia e 28% mais de 1 ½ hora por dia. Cerca de 16% da totalidade dos participantes considera necessitar de ajuda nos cuidados pessoais.

No que diz respeito à supervisão contínua, 9,3% recebeu supervisão contínua nos últimos 6 meses, dos quais 46,2% recebeu supervisão por parte de um familiar, 38,5% por alguém remunerado e igual percentagem (7,7%) por alguém de uma instituição ou segurança social. Cerca de 9% dos participantes considera necessitar de supervisão 24 horas por dia.

Em relação aos serviços de monitorização, cerca de 76% beneficiou de serviço de monitorização nos últimos 6 meses e à data do inquérito ainda recebiam este serviço. Destes participantes, 62,6% receberam monitorização de familiares, 34,6% de familiares e amigos, 1,9% de amigos e apenas 0,9% de alguém pago por essa tarefa. Quando questionados sobre a necessidade de serviços de monitorização, 75% dos participantes considera necessitar de alguém que monitorize o seu estado.

Tabela 20. Serviços gerais de apoio (continuação)

	<i>n</i> =140	
	<i>n</i>	%
Serviços Domésticos		
Teve ajuda regular nas tarefas domésticas	51	36,4
Quem ajudou		
Familiar	31	60,8
Amigo	1	2,0
Outra pessoa paga para essa ajuda	18	35,3
Alguém de uma instituição ou segurança social	1	2,0
Quantas horas semanais <i>M (dp)</i>	10,5 (10,8)	
Ainda tem ajuda	50	98,0
Considera necessitar de ajuda para realizar as tarefas domésticas	53	37,9
Preparação de Refeições		
Teve ajuda na preparação de refeições ou teve que comer fora de casa	40	28,6
Quem ajudou		
Familiar	22	55,0
Outra pessoa paga para essa ajuda	7	17,5
Alguém de uma instituição ou segurança social	10	25,0
Familiar e alguém de uma instituição ou segurança social	1	2,5
Ainda tem alguém que lhe prepare as refeições	39	97,5
Considera necessitar de ajuda para preparar refeições	41	29,3
Serviços administrativos, legais e de proteção		
Teve ajuda para questões legais, ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro	88	62,9
Quem o/a ajudou		
Familiar	72	81,8
Alguém a quem paga por essa tarefa	15	17,0
Familiar + Alguém a quem paga por essa tarefa	1	1,1
Ainda tem alguém que o/a ajuda nestas questões	88	100,0
Considera necessitar de ajuda nas questões legais e financeiras	91	65,0

Relativamente aos serviços domésticos, verificou-se que 36,4% dos participantes teve ajuda regular nas tarefas domésticas, sendo que na maioria essa ajuda foi prestada por familiares (60,8%). No entanto, 35,3% diz que os serviços domésticos foram assegurados por alguém com remuneração para a realização dessas tarefas e 4% por um amigo ou alguém de uma instituição ou segurança social. Em média, estes participantes usufruíram de cerca de 11 horas semanais ($dp=10,8$) de serviços domésticos. No momento do inquérito, 98% ainda tinha ajuda nas tarefas domésticas. Da totalidade dos participantes, cerca de 38% considera necessitar de ajuda para realizar as tarefas domésticas.

No que diz respeito à preparação de refeições, 28,6% dos participantes teve ajuda na preparação de refeições ou teve que comer fora de casa nos últimos 6 meses. Destes participantes, a maioria teve ajuda de familiares (55%) na preparação de refeições, seguindo-se alguém de uma instituição ou segurança social (25%), outra pessoa paga para essa tarefa (17,5%) e situações em que familiares e alguém de uma instituição ou segurança social ajudavam em simultâneo (2,5%). Cerca de 98% ainda tinham alguém que lhe preparasse as refeições à data do inquérito. Da totalidade dos participantes, aproximadamente 30% considera necessitar de ajuda na preparação das refeições.

Em relação aos serviços administrativos, legais e de proteção, 62,9% dos participantes tiveram ajuda para questões legais ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro nos últimos 6 meses. Destes participantes, 81,8% teve ajuda de familiares, 17% de alguém pago por essa tarefa e 1,1% conciliou as duas opções. À data do inquérito, 100% ainda tinha alguém que o/a ajudasse nestas questões. No entanto, 65% da amostra considera necessitar de ajuda nas questões legais e financeiras.

Tabela 21. Serviços sociais e recreativos

	<i>n</i> =140	
	<i>n</i>	%
Serviços Sociais/Recreativos		
Participou em atividades	85	60,7
Atividades por semana <i>M (dp)</i>	3,42 (1,69)	
Ainda participa nas atividades	84	98,0
Acha que necessita participar neste tipo de atividades	85	60,7
Viagens		
Realizou alguma viagem organizada	64	45,7
Espera viajar este ano		
Sim	66	47,1
Não	64	45,7
NS/NR	10	7,1
Necessita viajar	76	54,3
Desporto		
Participa em atividades de exercício físico	13	9,3
Atividades de exercício físico por semana <i>M (dp)</i>	2,3 (0,86)	
Ainda participa em atividades de exercício físico	13	100,0
Necessitam de exercício físico	13	9,3

Relativamente à utilização de serviços sociais e recreativos, 60,7% dos participantes respondeu que participou em atividades recreativas nos últimos 6 meses, com uma frequência média de 3 atividades por semana ($dp=1,69$). Destes participantes, 98% ainda participava neste tipo de atividades no momento do inquérito. Cerca de 61% da totalidade dos participantes considera que necessita de participar em atividades recreativas/sociais.

No que concerne à realização de viagens, 45,7% dos participantes realizou alguma viagem nos últimos 2 anos, 47,1% espera viajar no presente ano e 54,3% acha que necessita de viajar.

No que diz respeito à utilização de serviços desportivos, apenas 9,3% dos inquiridos participou em atividades de exercício físico nos últimos 6 meses, com uma frequência média de 2 vezes por semana ($dp=0,86$). À data do inquérito, a totalidade destes participantes ainda participava em atividades de exercício físico regularmente. Cerca de 10% dos participantes considera necessitar de praticar exercício físico.

Tabela 22. Serviços de saúde

	<i>n</i> =140	
	<i>n</i>	%
Serviços de saúde mental		
Recebeu orientação por problemas mentais	11	7,9
Esteve hospitalizado por problemas de saúde mental	2	18,2
Número de consultas por problemas mentais <i>M (dp)</i>	1,5 (0,69)	
Ainda recebe essa ajuda	10	90,9
Acha que necessita de tratamento por problemas de saúde mental	8	5,7
Medicamentos psicotrópicos		
Tem tomado medicamentos psicotrópicos	28	20,0
Ainda toma medicamentos psicotrópicos	28	100,0
Acha que necessita de tomar medicamentos psicotrópicos	28	20,0
Enfermagem		
Alguém lhe prestou cuidados de enfermagem	18	12,9
Quem o ajudou		
Familiar ou amigo	3	16,7
Enfermeiro	15	83,3
Tempo médio despendido por dia em cuidados de enfermagem		
Só ocasionalmente não todos os dias	16	88,9
Menos de ½ hora por dia	2	11,1
Durante quanto tempo recebeu cuidados de enfermagem		
Menos de um mês	5	27,8
De 1 a 3 meses	9	50,0
Mais de 3 meses	3	16,7
Ns/nr	1	5,6
Ainda recebe cuidados de enfermagem	4	22,2
Acha que necessita de cuidados de enfermagem	5	3,6
Fisioterapia		
Tem feito fisioterapia	19	13,6
Quem prestou cuidados de fisioterapia		
Familiar ou amigo	1	5,3
Fisioterapeuta	18	94,7
Quantas vezes por semana <i>M (dp)</i>	4,5 (0,96)	
Ainda recebe cuidados de fisioterapia	12	63,2
Acha que necessita de cuidados de fisioterapia	17	12,1

Relativamente à utilização de serviços de saúde mental, 7,9% dos participantes recebeu orientação por problemas de saúde mental nos últimos 6 meses, Destes participantes, 18,2% esteve hospitalizado por problemas de saúde mental e 90,9% ainda recebe ajuda nesta área e em média teve 2 consultas ($dp=0,69$). Apenas cerca de 6% da totalidade dos participantes considera necessitar de tratamento por problemas de saúde mental.

No que diz respeito ao uso de medicamentos psicotrópicos, 20% dos participantes assume tomar este tipo de medicação no momento do inquérito. Da totalidade dos

participantes, também 20% considera necessitar de tomar medicamentos psicotrópicos.

Relativamente à utilização de serviços de enfermagem, aproximadamente 13% dos participantes recebeu cuidados de enfermagem. Destes participantes, 83,3% recebeu cuidados por parte de um enfermeiro e apenas 16,7% por parte de um familiar ou amigo e o tempo médio despendido por dia em cuidados de enfermagem variou entre só ocasionalmente, não todos os dias (88,9%) e menos de ½ hora por dia (11,1%). Dos participantes que usufruíram de cuidados de enfermagem, 22,2% ainda recebia esses cuidados no momento do inquérito. Cerca de 4% da amostra considera necessitar de cuidados de enfermagem.

No que concerne à fisioterapia, 13,6% dos participantes teve cuidados de fisioterapia nos últimos seis meses. Em média, realizaram 5 sessões de fisioterapia por semana ($dp=0,96$), sendo na maioria realizadas por um fisioterapeuta (94,7%). Aproximadamente 12% da totalidade dos participantes acha que necessita de cuidados de fisioterapia.

Tabela 23. Serviços de avaliação e coordenação

	<i>n=140</i>	
	<i>n</i>	%
Serviços de coordenação, informação e apoio		
Alguém viu se tinha o que necessitava	2	1,4
Quem foi essa pessoa		
Familiar	1	50,0
Amigo	1	50,0
Ainda tem essa ajuda	2	100,0
Acha que necessita de ajuda	2	1,4
Avaliação sistemática multidimensional		
Foi examinado o seu estado geral de saúde	132	94,3
Acha que necessita de uma avaliação sistemática geral	23	16,4

Relativamente à utilização de serviços de coordenação, informação e apoio, apenas 1,4% dos participantes teve alguém que visse o que necessitava nos últimos 6 meses. Destes participantes, 50% teve ajuda de um familiar e 50% de um amigo e ainda beneficiavam dessa ajuda no momento em que foram inquiridos. Da totalidade dos participantes, 1,4% considera necessitar de ajuda no que diz respeito aos serviços de coordenação, legais e de proteção.

No que concerne à avaliação sistemática multidimensional, a 94,3% dos participantes foi examinado o seu estado geral de saúde nos últimos 6 meses. Porém, 16,4% afirma achar necessitar de uma avaliação sistemática geral do seu estado de saúde.

Tabela 24. Serviços não classificados

	<i>n=140</i>	
	<i>n</i>	%
Transporte		
Quem o leva às compras, médico, visitas		
Familiar	84	50,6
Vai sozinho/a	71	42,8
Transporte Público	6	13,6
Amigo	4	2,4
Outro	1	0,6
Deslocações por semana <i>M (dp)</i>	4,9 (3,84)	
Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe	28	20,0
Serviços de Realojamento		
Recebeu ajuda para realojamento	1	0,7
Acha que necessita de ajuda para realojamento	4	2,9

No que diz respeito ao transporte, cerca de metade dos participantes indicou um familiar como a pessoa que os leva às compras, médico, entre outras saídas. No entanto, 42,8% desloca-se sozinho nessas saídas e apenas 13,6% indicou que vai de transporte público e 2,4% que é um amigo que lhe presta serviços de transporte. Em média, os participantes realizam cerca de 5 deslocações por semana ($dp=3,84$) e 20% considera que necessita de transporte mais vezes do que dispõe.

No que toca aos serviços de realojamento, apenas 0,7% recebeu ajuda para realojamento, enquanto 2,9% considera necessitar de ajuda para realojamento.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste espaço de discussão, surge o momento sistematizar os resultados do presente estudo.

O presente estudo foi o primeiro estudo de base comunitária sobre envelhecimento individual no concelho de Santo Tirso. A pertinência deste estudo baseia-se na urgência em traçar novas estratégias objetivas para superar os desafios do envelhecimento, pois uma sociedade que negligencia a experiência e saberes acumulados torna-se inevitavelmente numa sociedade de desperdício (Martins, 2012).

A avaliação de necessidades e capacidades da população idosa é a primeira etapa no que diz respeito à delineação de estratégias e intervenções de promoção do *envelhecimento bem-sucedido no lugar* e, nomeadamente, para a elaboração do Plano Gerontológico concelhio. Trata-se de uma iniciativa enquadrada na *evidence-based practice* que recomenda que a prática gerontológica deve possuir sempre suporte empírico baseado na investigação no sentido de planejar e realizar intervenções empiricamente sustentadas, sendo estas práticas regularmente monitorizadas (Proctor & Rosen, 2004). Este processo inicia-se com a avaliação, fazer o diagnóstico, identificar/formular o problema e decidir quais os objetivos da intervenção ou os alvos de mudança. Por outras palavras, os profissionais da Gerontologia Social precisam de identificar, explicar e fornecer um racional persuasivo para as suas decisões práticas (Bastos, Faria, Amorim & Melo de Carvalho, 2013).

Os participantes do estudo são maioritariamente mulheres (54%), casados (53%), frequentaram 1 a 4 anos de escolaridade, têm filhos (91,4%) e vivem com a família nuclear (72,1%). A totalidade é reformada e na vida laboral ativa desempenhou funções como operário fabril, maioritariamente na indústria têxtil. Atualmente, nos seus tempos livres, a maioria dos participantes ocupa-se com atividades domésticas, agrícolas e pecuárias, assim como, ver televisão, mas um considerável número de participantes diz realizar atividades como ir ao café, ao centro de convívio e passear com amigos.

Relativamente às atividades de ocupação dos tempos livres existem alguns aspetos que devem ser considerados com especial. Aproximadamente metade dos participantes (45,7%), realizou uma viagem organizada durante os últimos dois anos. Na sua generalidade a viagem organizada a que se referem é o passeio anual dirigido a todos os idosos/pensionistas proporcionado, gratuitamente, pela Câmara Municipal de Santo Tirso. Com esta iniciativa anual, a Câmara Municipal de Santo Tirso procura proporcionar um momento de convívio entre os munícipes mais velhos, promovendo a vivência em comunidade e contribuindo para combater o isolamento social (Câmara

Municipal de Santo Tirso, 2013). Esta é uma iniciativa anual, mas a Câmara Municipal deste concelho tem outras iniciativas com maior periodicidade, como é o caso do desporto sénior. Apesar de apenas 9,3% dos participantes participarem em atividades de exercício físico, o município disponibiliza, gratuitamente, duas vezes por semana, atividades desportivas destinadas à população idosa (ginástica, danças e percursos pedonais). Coloca-se uma questão: Porquê que, apesar de ser um serviço gratuito, a adesão ronda apenas 9% dos participantes? Várias poderão ser as explicações possíveis, no entanto, saliento duas possibilidades: (a) a falta de transporte público das suas residências até ao local de realização destas atividades, e; (b) a fraca difusão da existência destas atividades junto da população idosa. Raynes, Coulthard, Glenister e Temple (2004) dão conta que a acessibilidade a transportes públicos para poderem sair de casa e adaptações do espaço físico são dos serviços mais valorizados pelos idosos.

Os serviços socio-recreativos são os mais praticados pelos participantes (60,7%). Nesta temática está incluída uma vasta diversidade de atividades, ora realizadas de forma individual (ex. idas ao café) ora realizados a nível organizacional (ex. idas a centros de convívio, universidade sénior). Estas atividades são favoráveis à interação e à socialização e apresentam como característica propiciar aos seus frequentadores uma rede de relações sociais (Silveira & Stigger, 2007). Trata-se de, por exemplo, centros de dia, centros de convívio e da Universidade Sénior. Das oito freguesias do perímetro urbano de Santo Tirso, apenas Burgães, Palmeira e Lama não possuem nenhuma organização desse cariz e a freguesia de Santo Tirso destaca-se por ser a que possui mais recursos, nomeadamente respostas sociais direcionadas para a população idosa, dois centros de convívio e a Universidade Sénior Tirsense.

No entanto, percebe-se que muitos dos participantes na investigação ocupam o seu tempo disponível com as obrigações do dia-a-dia como, por exemplo, em as atividades domésticas e em atividades agrícolas e pecuárias (46,4%). Estas atividades não se enquadram como atividades recreativas e Pylro e Rossetti (2005) acrescentam que as atividades recreativas e de lazer nos dias atuais podem ser consideradas uma necessidade de qualquer pessoa e em qualquer idade, pois estas atividades além de serem prazerosas, também contribuem na facilitação da aprendizagem, colaboram para uma boa saúde mental, facilitam os processos de socialização e comunicação, contribuem no desenvolvimento pessoal, cultural e social. Sobre este assunto, Rodrigues (2002) alerta que grande parte das pessoas idosas não tem acesso aos espaços e atividades de lazer, desconhecendo a importância e os benefícios que este lhe pode oferecer. Abrir possibilidades de acesso é fundamental, uma vez que só

mediante experiências lúdicas e recreativas o idoso poderá aprender a gostar daquilo que efetivamente vivencia.

Apesar da esmagadora maioria considerar ter boas condições habitacionais, cerca de $\frac{2}{3}$ dos participantes afirma ter barreiras arquitetónicas à sua mobilidade, onde se destaca a existência de escadas e de banheira. Apenas 2,9% dos participantes afirmam necessitar de ajuda para realojamento. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Martin, Duarte, Póvoa e Duarte (2009), uma vez que, de uma forma geral, a população idosa reúne as condições de habitabilidade necessárias. O estudo referido, *“Perfil de necessidades e qualidade de vida das pessoas em processo de envelhecimento”*, denominado QOL55+, contou com participantes com mais de 50 anos residentes no concelho de Guimarães e concluiu-se que 1,5% viviam em barracas e 2,7% em partes de casas, tendo-se verificado que um número significativo de habitações (39,5%) apresentava barreiras arquitetónicas e 1,3% graves problemas de acessibilidade.

Relativamente ao espaço exterior à casa, $\frac{1}{3}$ diz ter dificuldades em deslocar-se fora de casa, apontando razões que se prendem com a sua fragilidade e incapacidade (problemas de locomoção) e com as más condições do pavimento das vias públicas. Estes dados são consideravelmente superiores quando comparados com o estudo denominado *“Inquérito Nacional às Incapacidades, Deficiências e Desvantagens”* (INIDD), realizado em 2007, em que 9,16% da população portuguesa apresentava necessidades especiais, sendo a restrição na locomoção a situação mais comum e a que apresenta maior significância na população com idade igual ou superior a 75 anos (CET/ISCTE, 2008).

A residir, em média, há cerca de 38 anos no mesmo lugar/freguesia, a maioria dos participantes considera a sua relação com a vizinhança como próxima e amigável. Aliás, a relação com a vizinhança é uma das vantagens mais enunciadas pelos participantes relativamente ao seu lugar/freguesia de residência, assim como, a localização geográfica, o ambiente e o facto de ser a sua terra de naturalidade. Em contrapartida, embora não sejam apresentadas desvantagens com grande expressividade numérica, destaca-se a inexistência de serviços de saúde e sociais. Estes dados devem ser lidos com alguma cautela, uma vez que mais de $\frac{2}{3}$ dos participantes diz não sentir falta de nada no seu local/freguesia de residência. No entanto não foi averiguado se estas pessoas não necessitam de algum tipo de serviço por alguém da sua rede social lhe prestar apoio, nomeadamente na aquisição de bens e serviços.

Relativamente à capacidade funcional, a maioria dos participantes são independentes nas ABVD, mas moderada ou severamente dependentes nas AIVD. Os

idosos com 80 e mais anos mostram significativamente maior dependência nas ABDV e nas AIVD, assim como, as mulheres também se mostraram mais dependentes comparativamente com os homens. Sequeira (2007) num estudo que incidia na avaliação da funcionalidade nas atividades da vida diária de idosos também com recurso ao Índice de Barthel e ao Índice de Lawton, obteve resultados similares - a maioria dos participantes apresentava dependência ligeira a moderada nas ABVD, mas que AIVD apresentam níveis de maior dependência.

Os resultados acerca da funcionalidade dos participantes devem ser lidos também tendo em conta os resultados obtidos no Questionário de Avaliação Multidimensional de Idosos (OARS-PT), uma vez que os serviços que os participantes mais usufruíram nos últimos seis meses foram serviços relativos a atividades instrumentais da vida diária: serviços administrativos, legais e de proteção (62,9%), serviços domésticos (36,4%) e preparação de refeições (28,6%). Quando questionados sobre se considerariam necessitar de ajuda nestes serviços, registaram-se valores superiores em cerca de dois pontos percentuais comparativamente com o apoio efetivamente prestado.

Relativamente ao funcionamento cognitivo, os participantes da 4.^a idade revelaram mais défice cognitivo e, em relação ao género, são mais as mulheres que obtiveram pontuações no MMSE que indicam défice cognitivo. No estudo de Diniz, Volpe e Tavares (2006) os resultados foram similares, nomeadamente no que diz respeito ao funcionamento cognitivo em função género (homens, mediana=24 pontos; mulheres, mediana=22 pontos, $p=0,03$). De facto, de acordo com Anstey e Low (2004), o maior fator de risco associado a alterações no funcionamento cognitivo é a idade, uma vez que acarreta muitas outras mudanças, a nível biológico, psicológico e social, seguindo-se o género.

Outra variável considerada na análise do funcionamento cognitivo foi o NSE e verificou-se que os participantes com NSE alto apresentam melhor funcionamento cognitivo do que os participantes NSE médio e baixo. É inegável a possibilidade de um comprometimento do funcionamento cognitivo devido ao nível socioeconómico dos idosos. Diniz, Volpe e Tavares (2006) avaliaram o impacto do nível educacional e da idade no desempenho no MMSE em 176 idosos residentes na comunidade e concluíram que quanto maior o nível de escolaridade, melhor o seu desempenho cognitivo. Esta “vantagem” dos sujeitos com NSE elevado é apontada como sendo transversal às aptidões verbal, numérica e espacial, sendo que, nesta última, as diferenças tendem a ser menos nítidas (Detry & Cardoso, 1996). De facto, alguma literatura sugere que as maiores diferenças entre os diferentes grupos de NSE se encontram em provas com acentuada ligação à linguagem e às aprendizagens

escolares e culturais, sendo menor quando os seus itens são formulados através de material figurativo-abstrato ou não-verbal.

A existência de uma rede social de apoio informal, constituída por familiares, amigos e vizinhos é geralmente considerada como um bom indicador de saúde mental e bem-estar, visto que serve para facilitar o confronto e resolução de acontecimentos de vida difíceis e/ou amortecer o seu impacto (Fonseca, Martín & Amado, 2004). Neste estudo, apesar de cerca de 23% dos participantes viverem sozinhos, verificamos que apenas 1,4% dos participantes apresentam risco de isolamento social. Uma das razões que pode ser explicativa desta situação é o facto de a esmagadora maioria (83,6%) considerar o relacionamento com os vizinhos como próximo e amigável. Num estudo de Paúl e Ribeiro (2008), 68% dos idosos participantes afirmam que falam com os vizinhos diariamente. Para além destes dados externos a esta investigação, verificou-se neste estudo que $\frac{3}{4}$ dos participantes recebeu, durante os últimos seis meses, serviços de monitorização (pessoalmente ou via telefone), sendo na sua maioria efetuados por familiares e por amigos, incluindo vizinhos.

Neste estudo não foram encontradas evidências que a satisfação com a vida se altere com a idade. No entanto, os homens mostram-se mais satisfeitos com a vida do que as mulheres e quanto maior o NSE mais satisfação com a vida é revelada pelos participantes. Também no estudo de Borg, Hallberg e Blomqvist (2006) constatou-se que as mulheres tinham níveis mais baixos de satisfação com a vida. De salientar que a satisfação com a vida é determinada por vários fatores, com aspetos sociais, físicos, mentais e financeiros em permanente interação uns com os outros.

Acontecimentos como a redução de perspetivas sociais, a diminuição do suporte sociofamiliar, o declínio da saúde, as alterações biológicas, vasculares, estruturais e funcionais, a perda do papel social e ocupacional, levam a sentimentos de tristeza e sofrimento emocional, sendo consideradas os principais fatores para a presença de sintomatologia depressiva na velhice (Ávila & Bottino, 2006). Os resultados deste estudo apontam para que a sintomatologia depressiva aumenta com a idade e diminui quanto maior for o NSE.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2002), 25% das pessoas com idade superior a sessenta e cinco anos sofrem de alguma perturbação mental, sendo a depressão a perturbação mais frequente. Para além disso, a depressão está, de forma significativa, associada a idosos com baixo nível socioeconómico (Vaz, 2009), visto que a falta de recursos financeiros dificulta os contactos sociais e impede o acesso a melhores condições de vida e de saúde, contribuindo para o aparecimento de quadros de sintomatologia depressiva.

A sintomatologia depressiva mostra também variações consoante o género – os homens tem níveis de sintomatologia depressiva inferiores às mulheres. De facto, segundo dados da literatura, de uma forma geral, o género feminino aparece como mais propenso a este distúrbio de humor (Vaz & Gaspar, 2011). Contudo, à medida que a idade avança, nos casos de depressão major, a prevalência para os homens é progressivamente maior (Xavier, Ferraz, Bertollucci, Poyares & Moriguchi, 2001). Duarte e Rego (2007) consideram que o género feminino se revela como um fator de risco para a depressão na velhice.

Importa, retomar os resultados obtidos através da administração do OARS-PT, uma vez esta investigação assentou na ótica do envelhecimento bem-sucedido no lugar, mas deve ser tido em linha de conta que muitos idosos mantêm um comportamento de resistência em manterem-se independentes e não admitem que necessitam de apoio em algumas atividades e, por isso, recusarem recorrer aos serviços existentes na comunidade (Keen, 1993). Sobre este assunto, Stoddart, Whitley, Harvey e Sharp (2002) alertam para que não possuir meio de transporte próprio e ser viúvo são características associadas ao aumento do uso de serviços, assim como, baixos níveis de funcionalidade, problemas emocionais, problemas cognitivos e dificuldades de locomoção.

O desequilíbrio na dinâmica envelhecimento e acesso a serviços originam fragilidade, num processo que se compreende cíclico e indutor de dependência, traduzindo-se em elevado custo individual e social (Braubach, Jacobs & Ormandy, 2011). A desadequação ambiental encontra-se na base de muitas situações de isolamento (pela incapacidade de superar barreiras físicas que confinam o idoso a um espaço exíguo) e, por vezes, de institucionalização prematura, afetando a pessoa idosa, os seus familiares cuidadores e os serviços da comunidade quando, quer barreiras arquitetónicas, quer a ausência de estruturas de apoio necessárias, impedem a apropriada prestação de cuidados (Pynoos, Caraviello & Cicero, 2009). De encontro a estas informações, 20% dos participantes afirmam necessitar de mais transporte mais vezes do que dispõe, o que põe em causa as saídas da sua residência e, principalmente, o acesso a serviços como, por exemplo, a serviços de saúde (ex. centros de saúde). No entanto, apenas aproximadamente 6% diz não ter realizado uma avaliação sistemática multidimensional do seu estado de saúde nos últimos seis meses.

Embora se destaque a experiência positiva associada a uma situação de envelhecer no lugar, fatores relacionados com dependência nas atividades básicas da vida diária, restrições ambientais, carências sócio económicas e familiares, conciliados com a carência no acesso a serviços que seriam essenciais na resposta a este quadro

de vulnerabilidade, podem refletir-se numa vivência negativa que ecoa numa redução da qualidade de vida da pessoa idosa (Sixsmith & Sixsmith, 2008).

Neste sentido, o avanço do conhecimento e da qualidade das intervenções destinadas a promover o *envelhecimento bem-sucedido no lugar* deve considerar tanto a análise das trajetórias desenvolvimentais percorridas pelos mais idosos como as circunstâncias ambientais em que essas trajetórias se verificaram. E, por isso, é importante que as pessoas mais velhas continuem a ser ativas na construção da sua própria pessoa e da comunidade em que estão inseridas. A sociedade tem que se preparar para enfrentar o envelhecimento, pois o grande grupo das pessoas mais velhas irá exigir da sociedade bem-estar, segurança, qualidade de vida a que têm direito.

CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional constitui um fenómeno único na história. Neste contexto, *envelhecer bem no lugar* torna-se um objetivo para a maioria dos idosos, porém o *envelhecimento bem-sucedido* não considera apenas a longevidade como critério. Este processo envolve múltiplos fatores individuais, sociais e ambientais.

Face a esta situação, as sociedades devem atender à demanda das pessoas mais velhas. *Envelhecer bem no lugar* exige a integração de medidas de cariz ambiental, mas, igualmente, a consideração de medidas de teor social, de que é exemplo a prestação de serviços diversificados no domicílio e redes de vizinhança implicadas na resposta às necessidades dos seus residentes, bem como, medidas de carácter tecnológico (ex. teleassistência) que, reunidas, respondam às necessidades das populações idosas mais vulneráveis a residir na comunidade. A falha de resposta à carência de uma dessas medidas poderá, por si só, impelir a pessoa idosa a uma situação de internamento, seja de cariz biológico, psicológico ou social.

O paradigma do *envelhecimento bem-sucedido no lugar* exige respostas multidisciplinares, com implicação da população e de diferentes agentes da comunidade que visem, sobretudo, a adoção de medidas preventivas. É neste contexto que os profissionais da Gerontologia Social têm o seu foco de trabalho, baseando-se no pressuposto que qualquer classificação da velhice operada apenas com base na idade cronológica diz-nos muito pouco relativamente aos processos diferenciais de envelhecimento (Fernández- Ballesteros, 2000).

Apesar da concretização dos objetivos da investigação, importa referir algumas limitações do estudo que podem comprometer a generalização dos resultados a todas as freguesias do concelho de Santo Tirso. Embora a seleção da amostra tenha obedecido às quotas de representatividade por género e grupo etário e se tenha utilizado o procedimento *bola de neve*, a participação dos idosos estava condicionada à sua disponibilidade para a tarefa, podendo refletir um perfil favorável à participação. De salientar ainda que visto que os idosos indicavam idosos da sua rede social e que, possivelmente, partilhavam de algumas características em comum como, por exemplo em relação às atividades de lazer. Para além disso, o estudo incidiu em freguesias urbanas e, de facto, o concelho de Santo Tirso tem freguesias marcadamente rurais, o que possivelmente se refletirá no modo como as pessoas envelhecem no lugar. Por este motivo, aconselha-se futuramente uma análise do envelhecimento da população idosa residente nas freguesias mais rurais do concelho de Santo Tirso, no sentido de desenhar intervenções adequadas para cada um dos contextos. Uma outra limitação do estudo baseia-se na extensão do protocolo ANCEP_GeroSoc.2013 que, em alguns casos, pode torna-se cansativo para os idosos.

CONCLUSÃO

Com este estudo espera-se contribuir para a caracterização da população com 65 e mais anos residente no perímetro urbano de Santo Tirso relativamente a características sociodemográficas e capacidades funcionais, relacionais e cognitivas, assim como, apresentar uma visão da utilização e perceção de necessidade de serviços comunitários no domínio do social. Perante os resultados deste estudo, lançam-se as seguintes recomendações para o Plano Gerontológico Municipal de Santo Tirso:

- (1) Atividades de intervenção preventivas e remediativas no Parque Urbano da Rabada. Uma vez que atividades exteriores de lazer proporcionadas pela Câmara Municipal de Santo Tirso têm elevada adesão por parte da população idosa, como é o caso do Passeio Anual dos Idosos, recomenda-se o aumento de atividades deste carácter, nomeadamente tomando como ponto de partida o Parque Urbano da Rabada. A realização de atividades no Parque Urbano da Rabada teria custos de deslocação reduzidos, mas implicaria que a rede de transportes urbanos de Santo Tirso incluísse o parque como uma das paragens. Atividades de lazer no parque podem também ser direcionadas para a intervenção no funcionamento cognitivo e são pertinentes, visto que 28% dos participantes apresenta défice cognitivo. Nesta área, atividades de horticultura ocupacional/terapêutica pode ser uma escolha adequada, uma vez que a maioria da população idosa desempenhou ou ainda desempenha atividades agrícolas, nomeadamente nos seus tempos livres.
- (2) A tecnologia no apoio aos mais idosos dependentes com défice cognitivo e rede social reduzida. Visto que cerca de um quarto dos participantes vive sozinho (23%), é imperativo ter especial atenção a esta realidade. A tecnologia, nomeadamente a teleassistência, pode ser uma forma de promover condições favoráveis ao envelhecimento bem-sucedido no lugar para quem vive sozinho.
- (3) Outras recomendações de carácter genérico.
 - A maioria dos idosos vivem nas suas casas e, considerando o aumento da dependência nas atividades básicas e instrumentais da vida diária e o facto de a maioria (72%) viver com membros da família nuclear (cônjuge, filhos e netos), recomenda-se o desenvolvimento de programas de apoio aos cuidadores informais. Estes programas poderiam incidir no combate ao desgaste/*burnout* do cuidador e na formação relativa ao processo de

envelhecimento, nomeadamente sobre a prestação de cuidados à pessoa idosa.

- Apesar de já existir um banco de voluntariado de proximidade no concelho, a adesão não foi a esperada. Face a esta situação, recomenda-se uma maior dinamização e incentivo à participação neste programa e, nomeadamente, incluir pessoas idosas também como voluntárias no sentido de valorizar as pessoas idosas.

- Sabendo a importância do contexto habitacional no envelhecimento bem-sucedido no lugar, importa melhorar as condições habitacionais da população idosa que, em muitos casos, passa por pequenas reparações no domicílio. Sobre este assunto, recomenda-se o estabelecimento de parcerias entre instituições (ex. Câmara Municipal, Instituições Particulares de Solidariedade Social, entre outras) e empresas sediadas no concelho de Santo Tirso que prestem este tipo de serviços à população.

Em suma, os resultados desta investigação lançam as bases para o desenho do plano gerontológico do concelho de Santo Tirso no sentido de garantir a promoção intencionalizada e sistemática do *envelhecimento bem-sucedido no lugar*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, I. (2012). A promoção do “envelhecimento ativo”. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 73-74.
- Anastasi, A. (1982). *Psychological testing*. New York: MacMillan.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1): 1-10.
- Anstey, J. & Low, F. (2004). Normal cognitive changes in aging. *Australian Family Physician*, 33(10).
- Antonucci, T. & Ajrouch, K. (2007). Social Resources. In H. Mollenkopf & A. Walker (Eds.). *Quality of Life in Old Age* (pp. 49-64). New York: Springer.
- Antonucci, T. & Akiyama, H. (1987). An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex Roles*, 17(11): 737-749.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 25(2): 59-66.
- Ávila, R. & Bottino, M. (2006). Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (4): 316-320.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Development Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychological Association*, vol. 52 (4), 366-380.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: University of Cambridge.
- Baltes, P. & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *The Gerontologist*, 49, 123-135.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bass, S. A. (2009). Toward an Integrative Theory of Social Gerontology. In V. L., Bengtson, D., Gans, N. M., Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Bastos, A., Faria, C., Amorim, I. & Melo de Carvalho, J. (2013). Gerontologia Social, demências e prestação de serviços: Contributos para a prática baseada-na-evidência. *Actas de Gerontologia*.
- Braubach, M., Jacobs, E. & Ormandy, D. (Eds.) (2011). *Environmental burden of disease associated with inadequate housing. Methods for quantifying health impacts of selected housing risks in the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization.
- Beard, R., Sakhtah, S., Imse, V. & Galvin, J. (2012). Negotiating the joint career: couples adapting to Alzheimer's and aging in place. *Journal of Aging Research*.
- Berr, C., Balard, F., Blain, H. & Robine, J. (2012). How to define old age: successful aging and/or longevity. *Med Sci*, 28(3):281-287.
- Bonfim, C., Garrido, M., Saraiva, M. & Veiga, S. (1996). *Guião técnico para lar de idosos*. Lisboa: Direção-Geral da Ação Social.
- Borg, C., Hallberg, R. & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15(5): 607-618.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.). *Envelhecer em Portugal*, (pp. 111-135). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bowling, A. (2007). Aspirations for older age in 21st century: what is successful aging? *Internacional Journal of Aging Human Development*, 64(3): 263-297.
- Bradbury, H. & Reason, P. (2001). *Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*. London: Sage Publications.
- Brandt, M., Deindl, C. & Hank, K. (2012). Tracing the origins of successful aging: the role of childhood conditions and social inequality in explaining later life health. *Social Science and Medicine*, 74(9):1418-1425.
- Britton, A., Shipley, M., Singh-Manoux, A. & Marmot, M. (2008). Successful aging: the contribution of early-life and midlife risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(6): 1089-1105.

- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: theoretical and operational models. In S. L. Friedman & T. D. Wachs (Eds.). *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts* (pp. 3-28). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Butler, N. & Gleason, P. (1985). *Productive aging*. New York: Springer.
- Byles, J. E. (2000). A thorough going over: evidence for health assessment for older persons. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24(2): 117-123.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carvalho, M. & Dias, M. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40: 161-184.
- CET/ISCTE (2008). *Contributos para o Plano Estratégico de Habitação 2008-2013 – Diagnóstico de Dinâmicas e Carências Habitacionais*. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa.
- Cha, N., Seo, E. & Sok, S. (2012). Factors influencing the successful aging in older Korean adults. *Contemporary Nurse*, 41(1): 78-87.
- Cohen, S. & Syme, S. L. (Eds.) (1985). *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Craik, M. (1986). A functional account of age differences in memory. In F. Klix & H. Hagendorf (Eds.). *Human memory and cognitive capabilities: mechanisms and performances*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers, pp. 409-422.
- Dannefer, D. & Settersten, A. (2010). The study of the life course: implications for the social gerontology. In D. Dannefer & C. Phillipson (Eds.), *The Sage Handbook of Social Gerontology* (pp: 3-29), London: Sage Publications.
- Dannefer, D. (1992). The concept of context in developmental discourse: Four meanings of context and their implications. In David L. Featherman, Richard H. Lerner & Marion Perlmutter (Eds.). *Life-span Development and Behavior*, 11(pp. 83-110). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Demiris, G. & Hensel, B. (2008). Technologies for an aging society: a systematic review of “smart home” applications. *IMIA Yearbook of Medical Informatics*, pp. 33-40.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Detry, B., & Cardoso, A. (1996). *Construção do futuro e construção do conhecimento*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Diniz, B., Volpe, F. & Tavares, A. (2006). Nível educacional e idade no desempenho no Miniexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1): 13-17.
- Duarte, M. & Paúl, C. (2007). Avaliação do ambiente institucional – público e privado: estudo comportamental dos idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1: 17-29.
- Duarte, M., & Rego, M. (2007). Comorbilidade entre depressão e doenças clínicas em ambulatório de geriatria. *Cadernos Saúde Pública*, 23 (3), 691-700.
- Fänge, A., Oswald, F. & Clemson, L. (2012). Aging in place in late life: theory, methodology and intervention. *Journal of Aging Research*.
- Fausset, C., Kelly, A., Rogers, W. & Fisk, A. (2011). Challenges to aging in place: understanding home maintenance difficulties. *Journal of Housing for the Elderly*, 25(2): 125-141.
- Fernández – Ballesteros, R. (1998). Personal and environmental relationships among the elderly living in residential settings. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 26,185- 198.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Presentación. In . Fernández-Ballesteros (dir.), *Vivir com Vitalidad*, Vol. I – Envejecer bien. Qué es y cómo lograrlo. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (2004). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Cassinello, M., Bravo, M., Martínez, M., Nicolás, J, López, P. & Moral, R. (2011). Successful aging: criteria and predictors. *Psicothema*, 22(4): 641-647.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Ferreira, P. & Rodrigues, R. (1999). Portuguese version of the OARS Multidimensional Functional Assessment of Older Adults Questionnaire. *Quality of Life Research*, 8, (7), p. 597.
- Fillenbaum, G. & Smyer, M. (1981). The development, validity and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *Journal of Gerontology*, 36&4), 428-434.
- Fiori, K., Antonucci T. & Cortina K. (2006). Social Network Typologies and Mental Health Among Older Adults. *The Journal of Gerontology*, 61(1): 25-32.
- Folstein, F., Folstein, E. & McHugh, R. (1975). "Mini Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Jornal of Psychiatric Research*, 12: 189-198.
- Fonseca, A. (2004). *Uma abordagem psicológica da "passagem à reforma" - desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação*. Tese de doutoramento em Ciências Biomédicas. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, Porto.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento – uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. (2007). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia : Reflexão e Crítica*, 20(2): 277-289.
- Franciulli, S. Ricci, N., Lemos, N., Cordeiro, R. & Gazzola, J. (2007). A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2): 373-380.
- Gama, V., Damian, J., Molina, P., Lopez, R., Pérez, L. & Iglésias, G. (2000). Association of individual activities of daily living with self-rated health in older people. *Age and Ageing*, 29(3): 267-270.
- Greenfield, E. (2012). Using ecological frameworks to advance a field of research, practice and policy on aging-in-place initiatives. *Gerontologist*, 52(1): 1-12.
- Greimel, E., Padilla, G. & Grant, M. (1997). Self-care responses to illness of patients with various cancer diagnoses. *Acta Oncológica*, 36(2): 141-150.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hamid, T., Momtaz, Y. & Ibrahim, R. (2012). Predictors and prevalence of successful aging among older Malaysians. *Gerontology*, 58(4):366-370.
- Hennning, C., Ahnby, U. & Osterstrom, S. (2009). Senior housing in Sweden: a new concept for aging in place. *Social Work in Public Health*, 24(3): 235-254.
- Hessel, R. (2008). Envelhecimento active numa sociedade encanecida: formação em todas as idades. *Revista Europeia de Formação Profissional*, 45(3): 157-180.
- Hoyer, W. J. & Roodin, P. A. (2009). Adult Development and Aging: An introduction. In W. J. Hoyer, & P. A. Roodin, *Adult Development and Aging* (6ª Ed., pp. 1-23). New York: McGraw Hill.
- Inelmen, E., Sergi, G., Enzi, G. Toffanello, E. & Coin, A. (2007). New approach to gerontology: building up “successful aging” conditions. *Aging Clinical and Experimental Research*, 19(2):160-164.
- Inui, T. (2003). The need for an integrated biopsychosocial approach to research on successful aging. *Annals of Internal Medicine*, 139(5):391-394.
- Iwamasa, G. & Iwasaki, M. (2011). A new multidimensional model of successful aging: perceptions of Japanese American older adults. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 26(3):261-278.
- Iwarsson, S., Wahl, W. & Nygren, C. (2004). Challenges of cross-national housing research with older persons: lessons from the ENABLE-AGE project. *European Journal of Ageing*, 1(1): 79-88.
- Iwarsson S., Nygren C., Oswald F., Wahl W., Tomsone S. (2006). Environmental barriers and housing accessibility problems over a one-year period in later life in three European countries. *Journal of Housing for the Elderly*, 20(3):23–43.
- Jean L., Bergeron E., Thivierge, S. & Simard, M. (2010). Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: systematic review of the literature. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 18(4):281-96.
- Johnson, M. (2005). The social construction of old age as a problem. In *The Cambridge Handbook f Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kahana, E. (1982). A congruence model of person-environment interaction. In M. P. Lawton, P. G. Windley & T.O. Byerts (Eds.). *Aging and the environment: Theoretical approaches* (pp. 97-121). New York: Springer.

- Kahn, L., & Antonucci, C. (1980). Convoys over the life course. Attachment, roles, and social support. In P. B. Baltes & O. G. Brim (Eds.). *Life-span development and behavior* (pp. 254–283). New York: Academic Press.
- Kalache, A., Veras, P. & Ramos, R. (1987). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, 21(3): 200-210.
- Keen, L. C. (1993). The relationship of health status, population characteristics, and specific chronic health conditions of the frail rural elderly to the availability/utilization of community-based services with implications for future policy. Ph.D. dissertation, George Mason University, United States – Virgínia.
- Lawton, P. (1986). *Environment and aging*. Albany, New York: Center for the Study of Aging.
- Lima, M. (2010). *Envelhecimento(s)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lubben, N. (1988). Lubben social network scale. *Family and Community Health*, 44-53.
- Lubben, J. & Gironda, M. (2000). Social support networks. In Osterweill, D., Brummel-Smith; K. & Beck, J. (Eds.). *Comprehensive Geriatric Assessment*: 121-137. New York: McGraw Hill Publisher.
- Lubben, J. & Gironda, M. (2003). Centrality of social ties to the health and well-being of older adults. In Berkman, B. & Harooytan, L. (Eds.). *Social work and health care in an aging world*: 319-350. New York: Springer.
- Martín, I., Santinha, G., Rito, S. & Almeida, R. (2012). Habitação para pessoas idosas: problemas e desafios em contexto português. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 177-203.
- Martín, I., Duarte, V., Póvoa, V. & Duarte, N. (2009). *Perfil de necessidades e qualidade de vida das pessoas em processo de envelhecimento do concelho de Guimarães: QOL 55+*. Porto: UnIFai.
- Martins, A. (2012). Envelhecimento, sociedade e cidadania. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 77-78.
- Mayer, U., Baltes, B., Baltes, M., Borchelt, M., Delius, J., Helmchen, H., Linden, M., Smith, J., Staudinger, M., Steinhagen-Thiessen, E. & Wagner, M. (1999). What do we know about old age and aging? Conclusions from the Berlin Aging Study. In P.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- B. Baltes & K. U. Mayer (Eds.). *The Berlin Aging Study from 70 to 100* (pp. 475-519). Cambridge University Press.
- McClelland, L. (1996). Neural mechanisms for the control and monitoring of memory: A parallel distributed processing perspective. In L. Reder, *Implicit memory and metacognition*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 275-286.
- Medeiros, P. (2012). Como estaremos na velhice? Reflexões sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polémica*, 11(3): 439-453.
- Moraes, C., Pinto, J. Lopes, M., Litvoc, J. & Bottino, C. (2010). Impact of sociodemographic and health variables on Mini-Mental State Examination in a community-based sample of older people. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 7(260).
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M. & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse: Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia*, 9(2): 10-16.
- Nakatani, A., Silva, L., Bachion, M. & Nunes, D. (2009). Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenção pela equipe de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(1): 144-150.
- Nazareth, J. (2009). *Crescer e envelhecer – constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Neri, A. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas: Alinea.
- Neri, A. (2000). Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In Diogo e Duarte (Org.). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.
- Neri, M. (2004). Velhice bem-sucedida: aspetos afetivos e cognitivos. *Psico-USF*, 9(1): 109-110.
- Neugarten, J., Havighurst, J. & Tobin, S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, , 16:134-143.
- Nunes, D., Nakatani, A., Silveira, E., Bachion, M. & Souza, M. (2008). Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 2887-2898.

- Oliveira, S., Volpe, M. & Tavares, R. (2007). Nível educacional e idade no desempenho no mini-exame do estado mental em idosos residentes na comunidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1): 13-17.
- Organização Mundial da Saúde (2002), *Active ageing: A policy Framework*. Genebra: OMS.
- Oswald, F., Hieber, A., Wahl, H. & Mollenkopf, H. (2005). Ageing and person-environment fit in different urban neighbourhoods. *European Journal of Ageing*, 2(2): 122-143.
- Parker, M. G., Ahasic, K., & Thorslund, M. (2005). Health changes among Swedish oldest old: prevalence rates from 1992 and 2002 show increasing health problems. *The Journals of Gerontology Serie A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 60A(10): 1351- 1355.
- Parslow, R., Lewis, V. & Nay, R. (2011). Successful aging: development and testing of a multidimensional model using data from a large sample of older australians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(11): 2077-2083.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp.21-45). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 77-96). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Ribeiro, O. & Santos, P. (2010). Cognitive impairment in old people living in the community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51, 121-124.
- Paúl, C., Ribeiro, O. & Teixeira, L. (2012). Active ageing: an empirical approach to the WHO model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1-10.
- Paula-Couto, M., Koller, S. H., Novo, R. & Sanchez-Soares, P. (2008). Adaptação e utilização de uma medida de avaliação da rede de apoio social para idosos brasileiros. *Universitas Psychologica*, 7, pp. 493-505.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5(2): 164-172.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Perracini, M. & Ramos, L. (2002). Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista Saúde Pública*, 36(6): 709-716.
- Phelan, E., Anderson, L., LaCroix, A. & Larson, E. (2004). Older adults' views of "successful aging" – how do they compare with researchers' definitions? *J Am Geriatr Soc*, 52(2):211-216.
- Phillips, J., Ajrouch, K. & Nalletamby, S. (2010). *Key concepts in Social Gerontology*. Londres: Sage Publications.
- Pylro S. & Rossetti B. (2005). Atividades Lúdicas, Gênero e Vida Adulta. *PsicoUSF*, 10(1): 77-86.
- Proctor, E. & Rosen, A. (2004). Concise standards for developing evidence-based practice guidelines. In A. Roberts & K. Yeager (Eds.). *Evidence-based practice manual: Research and outcome measures in health and human services* (pp. 193-199). Oxford: Oxford University Press.
- Pynoos, J., Caraviello, R. & Cicero, C. (2009). Lifelong housing: The anchor in aging-friendly communities. *Journal of the American Society on Aging*, 33(2): 22-32.
- Raynes, N., Coulthard, L., Glenister, C. & Temple, B. (2004). Age does not come alone: identifying and implementing bolder people's views of quality in home care services. *Quality in Ageing*, 5(1), 24-31.
- Reichstadt, J., Sengupta, G., Deep, C., Palinkas, L. & Jeste, D. (2010). Older adults' perspectives on successful aging: qualitative interviews. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(7):567-575.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M., Araújo, L., Barbosa, S. & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(1): 217-234.
- Rodrigues, C. (2002). O lazer do idoso: barreiras a superar. *Revista Brasileira de Ciências e Movimento*, 10(4): 105-108.
- Rodrigues, R. (1999). *Avaliação funcional multidimensional de idosos: estudo das incapacidades funcionais e utilização de serviços*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

- Rodrigues, R. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Tese de Doutorado. Porto: Universidade do Porto.
- Rodrigues, R. (2008). Validação da versão em português europeu do questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 23(2), 109-115.
- Rosa, M. J. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, M. J. & Chitas P. (2010). *Portugal: os Números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rowe, W. & Kahn, L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, W. & Kahn, L. (1998). The structure of successful aging. In J. W. Rowe & R. L. Kahn (Eds.). *Successful aging*, pp. 36-52. New York: Pantheon Books.
- Rubenstein, L. Z., & Rubenstein, L. V. (1991). Multidimensional assessment of elderly patients. *Advances in Internal Medicine*, 36, 81-108.
- Saad, P. (2004). Transferência de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para Sao Paulo e Fortaleza. *Revista de Saúde Pública*, 21, 225-233.
- Santos, C., Rossetti, B. & Ortega, C. (2006). O funcionamento cognitivo de idosos e de adolescentes num contexto de jogo de regras. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 9, 53-74.
- Santos, K., Koszuoski, R., Dias-da-Costa, J. & Pattussi, M. (2007). Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(11): 2781-2788.
- Schaie, K., Willis, S. & Caskie, G. (2004). The Seattle Longitudinal Study: Relationship Between Personality and Cognition. *Psychology Press*, 11, 304-324.
- Scharlach, A., Graham, C. & Lehning, A. (2012). The “village” model: a consumer-driven approach for aging in place. *Gerontologist*, 52(3): 418-427.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Scheidt, R. & Windley, P. (2006). Environmental Gerontology: Progress in the Post-lawton Era. In J. Birren e W. Schaie (Eds.) *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 105-125). Amsterdam: Elsevier.
- Schneider, R., Marcolin, D. & Dalacorte, R. (2008). Avaliação funcional de idosos. *Scientia Medica*, 18(1):4-9.
- Schulz, R. & Heckhausen, J. (1996). A life span modelo of successful aging. *American Psychologist*, 51, 702-714.
- Seco, G., Casimiro, M., Pereira, M., Dias, M. & Custódio, S. (2005). *Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões*. Leiria: Edição Instituto Politécnico de Leiria.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Sheffield, C., Smith, C. & Becker, M. (2012). Evaluation of an agency-based occupational therapy intervention to facilitate aging in place. *Gerontologist*.
- Silveira, R. & Stigger, M. (2007). Espaço de Jogo - Espaço de Envelhecimento: sociabilidade lúdica na Sociedade Esportiva Recanto da Alegria. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 29(1): 177-192.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice: um novo público a educar*. Porto: Ambar.
- Simões, M. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicologica*, 34(1): 9-33.
- Singer, P. (1995). *Rethinking life and death: The collapse of our traditional ethics*. Oxford: University Press.
- Sousa, L. & Sequeira, C. (2012). Conceção de um programa de intervenção à memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8: 7-15.
- Sixsmith, A. & Sixsmith, J. (2008). Ageing in place in the United Kingdom. *Ageing International*, 32, 219-235.
- Stoddart, H., Whitley, E., Harvey, I. & Sharp, D. (2002). What determines the use of home care services by elderly people? *Health & Social Care in the Community*, 10(5).348-360.

- Syme, S. (2003). Psychosocial interventions to improve successful aging. *Annals of Internal Medicine*, 139(5): 400-402.
- Szanton, L., Thorpe, J., Boyd, C., Tanner, K., Left, B., Agree, E., Xue, L., Allen, K., Seplaki, L., Weiss, O., Guralnik, M. & Gitlin, N. (2011). Community aging in place, advancing better living for elders: a bio-behavioral-environmental intervention to improve function and health-related quality of life in disabled older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(12): 2314-2320.
- Thompson, D. (2004). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa.
- Tomasini, S. L. & Alves, S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Passo Fundo*, 4, pp. 88-102.
- Troutman, M., Nies, M., Small, S. & Bates, A. (2011). The development and testing of an instrument to measure successful aging. *Research Gerontological Nursing*, 4 (3): 221-232.
- Vaz, A. (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizado: Estudo em Idosos Residentes nos Lares do Distrito de Bragança*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Idoso, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Vaz, A. & Gaspar, S. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem*, 3(4).
- Veríssimo, M. T. (2005). Avaliação multidimensional do idoso. In H. Firmino, L. C. Pinto, A. Leuschner & J. Barreto (Eds.), *Psicogeriatría* (pp. 489-498). Coimbra: Livraria Almedina.
- Viana, D., Riesco, T. & Sandoval, R. (2010). Análise funcional da locomoção de idosos internos em uma instituição de longa permanência. *Revista Digital de Buenos Aires*, 14(142).
- Viguera, V. (2012). Los adultos maypres del siglo XXI. Perfeccionando el nuevo modelo de envejecer. *Revista Transdisciplinar de Gerontología*, 60-69.
- Vono, Z. (2007). *Enfermagem gerontológica: atenção à pessoa idosa*. São Paulo: Editora Senac São Paulo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Wahl, H. & Oswald, F. (2009). Environmental Perspectives on Ageing. In D. Dannefer e C. Phillipson (Eds.). *The SAGE Handbook of Social Gerontology* (pp. 111-122). Los Angeles: SAGE.
- Wahl, H. & Iwarsson, S. (2007). Person-environment relations. In D. Dannefer & C. Phillipson (Eds.). *The Sage Handbook of Social Gerontology* (pp. 222-242). London: Sage Publications.
- Weiss, R. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Ed.). *Doing unto others* (pp. 17-26). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Wick, G. (2012). The aging issue. *Karger Gazette*, 72: 1-2.
- Wiles, J., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J. & Allen, R. (2012). The meaning of “aging in place” to older people. *Gerontologist*, 52(3):357-366.
- Willis, S. (2001). Methodological issues in behavioral intervention research with elderly. In Bengtson & Schaie (Eds.), *Handbook of Psychology of Aging*. New York: Academic Press.
- World Health Organization (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Xavier, F., Ferraz, T., Bertollucci, P., Poyares, D. & Moriguchi, H. (2001). Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2). 62-70.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Avaliação de Capacidades e Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População

Nome do Participante: _____

Este estudo pretende avaliar as capacidades e necessidades/situações problemáticas da população idosa residente no Perímetro Urbano de Santo Tirso. Para tal, vão ser realizados inquéritos a esta população.

Fui informado(a) de que me será pedido que responda a algumas perguntas sobre características pessoais, autonomia nas tarefas diárias, relações sociais e estado de saúde.

Sei que os objetivos deste estudo em que fui convidado(a) a participar foram delineados por uma equipa de investigação do mestrado em Gerontologia Social da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Fui informado(a) da importância do meu contributo para a realização deste estudo.

Compreendi que a minha participação é **voluntária** e que os dados que eu fornecer serão **anónimos** e utilizados apenas para fins desta investigação.

Dou o meu consentimento informado de livre vontade para participar neste trabalho, sabendo que poderei desistir em qualquer momento da entrevista, se assim o entender.

Assinatura: _____

Data ____/____/____

Código: _____

Data: ____/____/____

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CAPACIDADES E NECESSIDADES COMUNITÁRIAS
ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO.2013
(ANCEP_GeroSoc.2013)**

O presente protocolo focalizado na pessoa e na comunidade serve de base à caracterização e identificação de capacidades e necessidades/problemas das pessoas mais velhas que vivem em casa. Aborda vários aspetos relativos ao indivíduo e ao seu meio-ambiente. Este protocolo é parte integrante de um projeto de investigação-ação – *Envelhecer a Norte*.

A Equipa de Investigação,
Alice Bastos
Carla Faria
Emília Moreira
José Melo de Carvalho
Vera Pereira

Vou fazer-lhe algumas questões sobre as necessidades que sente no dia-a-dia para realizar as suas atividades usuais. Vou começar por pedir-lhe para me responder a algumas perguntas sobre si e sobre o que consegue fazer sem ajuda ou com ajuda tanto em casa como fora de casa. Vou ainda perguntar-lhe que tipo de ajuda necessita para conseguir realizar as suas atividades do dia-a-dia na sua comunidade.

A. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

1. Dados relativos à pessoa

Sexo: _____

Idade: _____

Estado Civil:

Solteiro(a): ☐

Casado(a)/União de facto: ☐

Viúvo(a): ☐

Separado(a)/Divorciado(a): ☐

Tem filhos? **S** ☐ **N** ☐

Quantos? _____

Se tem filhos, a que distância vive o mais próximo de si? _____ (Km)

Há quanto tempo mora neste lugar (freguesia, bairro, lugar)? _____

Andou na escola até que ano? _____

Qual a sua situação profissional?

Ativo ☐

Reformado ☐

Qual é/foi a sua profissão? _____

Quantos anos trabalhou nessa profissão? _____

Tem ou já teve algum passatempo? Qual (ais)? _____

Com a reforma, alterou os seus passatempos? _____

Quantas pessoas vivem consigo? _____

E quem são essas pessoas?

1. Vive sozinho/a

6. Irmãos ou cunhados

2. Cônjuge

7. Outros familiares

3. Filhos/as

8. Amigos

4. Netos/as

9. Alguém com remuneração ou alojamento para cuidar de si (sem ser familiar)

5. Pais ou sogros

10. Outros _____

Qual o valor dos rendimentos mensais do seu agregado familiar?

Inferior a 249,00€ ☐

Entre 751,00€ e 1 000,00€ ☐

Entre 250,00€ e 420,00€ ☐

Entre 1 001,00€ e 2 000,00€ ☐

Entre 421,00€ e 750,00€ ☐

Superior a 2 001,00€ ☐

Os seus rendimentos são suficientes?

1. Não.

2. Sim, mas apenas chegam para os gastos.

3. Cobrem sem problemas os gastos.

9. NS/NR

Os rendimentos que tem cobrem as suas necessidades?

2. Muito bem

1. Razoavelmente

0. Com dificuldade

Acha que os seus rendimentos são suficientes para fazer face a uma situação inesperada?

1. Sim

0. Não

9.

NS/NR

Necessita de ajuda económica, para além do que já recebe?

1. Sim

0. Não

9. NS/NR

2. Dados relativos à habitação

Acha que a sua casa tem as condições adequadas? **S** ☐ **N** ☐ Porquê? _____

Na sua casa, o que lhe dificulta a sua mobilidade (Ex.: degraus, portas estreitas, banheira, etc)? ____

A sua casa tem:

Eletricidade ☐

Telefone/telemóvel ☐

Saneamento ☐

Humidade ☐

Água canalizada ☐

Aquecimento ☐

Qual? _____

Televisão ☐

3. Ecologia do lugar: acessibilidades a bens e serviços

Há quanto tempo mora neste lugar? _____

Sente alguma dificuldade em deslocar-se fora de casa? **S** ☐ **N** ☐ Qual(ais)? _____

Tem transporte público para ir de sua casa até:

Centro de Saúde ☐

Segurança Social ☐

Finanças ☐

Hospital ☐

Piscina Municipal ☐

Parque Urbano da Rabada ☐

Na sua opinião, quais as vantagens de viver nesta freguesia/lugar/bairro? _____

Ao residir aqui, de que sente mais falta? _____

Se tivesse que explicar a outra pessoa, como descreveria a sua relação com os vizinhos?

Próxima e amigável ☐ Conflituosa ☐ Afastada ☐ Inexistente ☐

Que locais de apoio/instituições são destinados aos idosos nesta freguesia (ex.: centro de dia)? _____

Frequenta algum desses locais? **S** ☐ **N** ☐

Porquê? _____

Dos equipamentos sociais e serviços que se seguem, o que seria preciso para apoiar os idosos?

Centro de Dia ☐

Centro de Convívio ☐

Centro de Noite ☐

Lar de Idosos ☐

Acolhimento familiar ☐

Serviço de Apoio Domiciliário ☐

B. Avaliação Da Funcionalidade Nas Atividades Básicas Da Vida Diária: ÍNDICE DE BARTHEL

(Mahoney & Barthel, 1965; Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007)

Alimentação	10	Independente	Ex: Capaz de utilizar qualquer instrumento; come num tempo razoável.	
	5	Necessidade de alguma ajuda	Ex: Para cortar, levar à boca.	
	0	Dependente	Necessita ser alimentado.	_____
Vestir	10	Totalmente independente	Ex: Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos.	
	5	Necessita de alguma ajuda	Ex: Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as em bom tempo.	
	0	Dependente		_____
Banho	5	Totalmente independente	Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros.	
	0	Dependente		_____
Higiene Corporal	5	Totalmente independente	Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba.	
	0	Dependente		_____
Utilizar a Casa de Banho	10	Independente	Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho.	
	5	Necessita de ajuda	Para manter o equilíbrio, limpar-se sozinho e ajustar a roupa.	
	0	Dependente		_____
Controlo Intestinal	10	Independente	Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de clisteres, fá-lo sozinho.	
	5	Incontinência ocasional	Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para clisteres.	
	0	Incontinente fecal		_____
Controlo Vesical	10	Independente	Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor fá-lo sozinho.	
	5	Incontinência ocasional	Episódios ocasionais de incontinência; necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor.	
	0	Incontinente ou algaliado		_____
Subir escadas	10	Independente	Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio.	
	5	Necessita de ajuda	Ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas.	
	0	Dependente		_____
Transferência Cadeira-Cama	15	Independente	Não necessita de qualquer ajuda. Se usa cadeira de rodas, transfere-se sozinho.	
	10	Necessita de ajuda mínima	Ajuda mínima e supervisão.	
	5	Necessita de grande ajuda	É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência.	
	0	Dependente		_____
Deambulação	15	Independente	Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andador, canadianas.	
	10	Necessita de ajuda	Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão.	
	5	Independente com cadeira de rodas	Anda pelo menos 50 metros.	
	0	Dependente		_____
				Total: _____/100

90 – 100 pontos	Independente
60 – 90 pontos	Ligeiramente dependente
40 – 55 pontos	Moderadamente dependente
20 – 35 pontos	Severamente dependente
<20 pontos	Totalmente dependente

C. Avaliação Da Funcionalidade Nas Atividades Instrumentais Da Vida Diária: ÍNDICE DE LAWTON (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007)

Item	AIVB	Cotação
Cuidar da Casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo exceto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer alguma coisa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar as refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do Telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de Transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Incapaz de usar o transporte	3
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1
	Necessita que lhes preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3
		Total: ____/29

8 pontos
9 – 20 pontos
>20 pontos

Independente
Moderadamente dependente (necessita de certa ajuda)
Severamente dependente (necessita de muita ajuda)

D. Avaliação Do Estado Mental

(Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro, Botelho & Leitão, 1994; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta)

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? _____
4. Em que dia da semana estamos? _____
5. Em que estação do ano estamos? _____
6. Em que país estamos? _____
7. Em que distrito vive? _____
8. Em que terra vive? _____
9. Em que casa estamos? _____
10. Em que andar estamos? _____

Nota _____ Pontuação _____

2. Retenção (1 ponto por cada palavra repetida corretamente)*“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor.”*

1. Pêra _____
2. Gato _____
3. Bola _____

Nota _____ Pontuação _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma resposta errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas erradas)*“Agora queria que fizesse umas contas. Começando no número 30, conte para trás de 3 em 3, por favor. Ou seja, comece no 30 e tira a esse número três e sempre assim até eu pedir para parar.”*

27 _____ 24 _____ 21 _____ 18 _____ 15 _____

Nota _____ Pontuação _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)*“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar/Diga por favor as 3 palavras que lhe disse há pouco.”*

1. Pêra _____
2. Gato _____
3. Bola _____

Nota _____ Pontuação _____

5.Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

- 1.
- “Como se chama isto?”*
- (Mostrar objetos)

Relógio _____

Lápis _____

Nota _____

Pontuação _____

- 2.
- Repita a frase que eu vou dizer: “O rato roeu a rolha.”*
- _____

(Deve repetir apenas a frase que o avaliador disse)

Nota _____

Pontuação _____

- 3.
- “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”*
- (ou
- “sobre a cama”*
- se for o caso, ou
- “sobre as pernas”*
- ou devolver ao avaliador); dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega na mão direita _____

Dobra a meio _____

Coloca onde deve _____

Nota _____

Pontuação _____

- 4.
- “Leia o que está neste cartão e faça o que diz.”*

Mostrar um cartão com a frase bem legível “FECHE OS OLHOS”, sendo analfabeto, lê-se a frase e pede-se para que a pessoa faça o que se disse.

Fechou os olhos. _____

Nota _____

Pontuação _____

- 5.
- “Escreva uma frase aqui.”*
- Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota _____

Pontuação _____

6.Habilidade construtiva (1 ponto por cada cópia correta)*“Está a ver este desenho (apontando para o desenho original), gostaria que aqui ao lado, fizesse um desenho igual.”* (Se a pessoa manifestar dificuldade em realizar a tarefa, acrescentar: *“faça como conseguir”*)

Deve copiar o desenho: dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais interseccionados. Não valorizar tremor ou rotação.

Nota _____

Pontuação _____

Pontuação Total: _____/30

E. ESCALA DE REDE SOCIAL DE LUBBEN – 6 (LSNS-6)

(Lubben, 1988; Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012)

No que diz respeito à sua família e amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação.

FAMÍLIA: *Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...*

1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar de assuntos pessoais?

0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 e mais

AMIGOS: *Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...*

1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar de assuntos pessoais?

F. ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

(Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003)

“Vou fazer agora algumas perguntas sobre como se costuma sentir a nível emocional.”

	Sim	Não
1. Está satisfeito com a sua vida?		
2. Põe de lado muitas das atividades e interesses?		
3. Sente a sua vida vazia?		
4. Fica muitas vezes aborrecido (a)?		
5. Está bem disposto (a) a maior parte do tempo?		
6. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?		
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?		
8. Sente-se muitas vezes desamparado (a)?		
9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?		
10. Acha que tem mais dificuldades de memória que os outros?		
11. Pensa que é muito bem estar vivo?		
12. Sente-se inútil?		
13. Sente-se cheio (a) de energia?		
14. Sente que para si não há esperança?		
15. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o senhor (a)?		

G. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS (OARS-PT)

(Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2007)

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

71. *Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas referentes ao tipo de ajuda que recebe, recebeu ou da que necessita. Queremos saber não só da ajuda de organismos oficiais, mas também da ajuda da sua família ou de amigos.*

TRANSPORTE

71-1. Quem o leva para ir às compras, visitar amigos, ir ao médico, etc.? (assinalar todas as respostas)

1. VAI SOZINHO/A
2. FAMILIAR
3. AMIGO
4. TRANSPORTE PÚBLICO (autocarro, táxi, etc.)
5. OUTRO Especificar _____

71-1a. Em média, quantas deslocações faz por semana, utilizando algum transporte?

_____ deslocações por semana

71-1b. Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe atualmente para visitas, saídas, etc.?

1. SIM
0. NÃO
9. NS/NR

SERVIÇOS SOCIAIS/RECREATIVOS

71.2. Nos últimos seis meses, participou em alguma atividade organizada por grupo local, paróquia, Junta de Freguesia, etc.?

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-2c.)
9. NS/NR

71-2a. Quantas vezes por semana participa nessas atividades?

_____ deslocações por semana

71-2b. Ainda participa nessas atividades ou grupos?

1. SIM
0. NÃO
9. NS/NR

71-2c. Acha que necessita participar neste tipo de atividades?

1. SIM
0. NÃO
9. NS/NR

VIAGENS

71-4. Durante os dois últimos anos, realizou alguma viagem organizada pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, outras instituições, ou programas dirigidos a idosos ou reformados?

1. SIM
0. NÃO
9. NS/NR

71-4a. Fez ou espera fazer alguma viagem deste tipo este ano?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-4b. Acha que necessita de viajar?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

DESPORTO

71-5. Nos últimos seis meses, participou em algum programa de exercício físico ou desporto organizado por alguma instituição, pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, etc.?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-5a. Quantas vezes, por semana, participava nessas atividades?

_____ vezes

71.5b. Ainda participa nesses programas de desporto?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-5c. Acha que necessita fazer algum desporto ou exercício físico?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

PREPARAÇÃO PARA AS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

71-6. Nos últimos seis meses, participou ou assistiu a algum curso de educação de adultos ou qualquer outro tipo de aprendizagem de capacidades pessoais para cuidar de si, ler, caminhar...? (excluir fisioterapia)

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ 71-6c.)
- 9. NS/NR

71-6a. Em média, a quantas sessões deste tipo assistiu nos últimos seis meses?

_____ sessões

71-6b. Atualmente, ainda assiste a essas sessões?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-6c. Acha que necessita desta preparação para as suas atividades de vida diária?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

71-7. Nos últimos seis meses, recebeu alguma orientação ou tratamento por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais?

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P 71-7d.)
- 9. NS/NR

71.7a. Nos últimos seis meses, esteve hospitalizado alguma vez por problemas de nervos ou emocionais?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-7b. nos últimos seis meses, quantas consultas ou sessões teve com médicos, psiquiatras ou outras pessoas que orientam neste tipo de problemas? (sem estar internado no hospital)

N.º _____

71-7c. Ainda está a receber essa ajuda?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-7d. Acha que necessita tratamento ou que o aconselhem por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

71-8. Nos últimos seis meses, tem tomado algum medicamento receitado para os nervos (tais como, calmantes) ou para a depressão?

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P 71-8b.)
- 9. NS/NR

71-8a. Ainda o está a tomar?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-8b. Acha que necessita tomar esse tipo de medicação?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

SERVIÇOS DE CUIDADOS PESSOAIS

71-9. Nos últimos seis meses, teve alguém que o ajudou nos seus cuidados pessoais diários, por exemplo para tomar banho ou vestir-se, dar-lhe de comer, ou noutros cuidados? (excluir os recebidos no hospital)

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P 71-9d.)
- 9. NS/NR

71-9a. Quem o/a ajudou nesses cuidados?

- 1.FAMILIAR (não pago)
- 2.UM AMIGO (não pago)
- 3.ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA AJUDA
- 4.ALGUÉM DE INSTITUIÇÃO OU SEG. SOCIAL

71-9b. Em média, quanto tempo por dia levou essa pessoa a dar-lhe banho, vestir, ajudá-lo a comer, ir à casa de banho, etc.?

- 1.MENOS DE ½ HORA POR DIA
- 2. ½ HORA A 1 ½HORA POR DIA
- 3.MAIS DE 1 ½ POR DIA
- 4.NS/NR

71-9c. Ainda está a receber essa ajuda?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-9d. Acha que necessita ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, ir á casa de banho, etc.?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

71-10. Durante os últimos seis meses, alguém lhe prestou cuidados de enfermagem? Por outras palavras, fizeram-lhe tratamentos ou administraram-lhe medicamentos receitados por um médico? (excluir cuidados de enfermagem prestados no hospital)

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P 71-10e.)
- 9. NS/NR

71.10a. Quem o/a ajudou nesses cuidados?

- 1. FAMILIAR OU AMIGO (*não pago*)
- 2. ENFERMEIRO (*pago*)
- 3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
- 4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-10b. Em média, quantas horas por dia tem recebido esse tipo de ajuda?

- 0. SÓ OCASIONALMENTE, NÃO TODOS OS DIAS
- 1. SÓ PARA DAR-LHE MEDICAÇÃO ORAL
- 2. MENOS DE ½ HORA POR DIA
- 3. DE ½ HORA A 1 HORA POR DIA
- 4. MAIS DE 1 HORA POR DIA
- 9. NS/NR

71-10c. Durante quanto tempo recebeu essa ajuda nos últimos seis meses?

- 1. MENOS DE UM MÊS
- 2. DE 1 A 3 MESES
- 3. MAIS DE 3 MESES
- 9. NS/NR

71-10d. Ainda recebe cuidados de enfermagem?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-10e. Acha que necessita de cuidados de enfermagem?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

FISIOTERAPIA**71-11. Durante os últimos seis meses, tem feito fisioterapia?**

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P71-11d.)
- 9. NS/NR

71-11a. Quem lhe prestou esses cuidados ou o/a ajudou a realizá-los?

1. FAMILIAR OU AMIGO (*não pago*)
2. FISIOTERAPEUTA (*pago*)
3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-11b. Em média, quantas vezes por semana o têm ajudado a fazer esses exercícios?

_____ vezes

71-11c. Ainda faz fisioterapia?

1. SIM
0. NÃO
9. NS/NR

71-11d. Acha que necessita de fisioterapia?

1. SIM
0. NÃO
9. NS/NR

SUPERVISÃO CONTÍNUA

71-12. Durante os últimos seis meses, houve algum período de tempo que alguém teve que estar consigo, tratando de si, as 24 horas do dia?

1. SIM
0. NÃO
9. NS/NR

71-12a. Quem tratou de si ou o/a ajudou?

1. FAMILIAR (*não pago*)
2. AMIGO (*não pago*)
3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-12b. Ainda tem que estar alguém junto de si as 24 horas?

1. SIM
0. NÃO
9. NS/NR

71-12c. Acha que necessita de ter alguém tratando de si as 24 horas?

1. SIM
0. NÃO
9. NS/NR

SERVIÇOS DE MONITORIZAÇÃO

71-13. (*Se a pessoa ainda está a receber supervisão contínua perguntar só 71-13c. pessoas que necessitam supervisão contínua, vivem em instituições ou com familiares presume-se que os recebem*).

Durante os últimos seis meses, teve alguém que regularmente, pelo menos cinco vezes por semana, por telefone ou pessoalmente, procurou saber como se encontrava, para se certificar de que tudo estava bem?

1. SIM
0. NÃO (→ P71-13c.)
9. NS/NR

71-13a. Quem o fez?

1. FAMILIAR (*não pago*)
2. AMIGO (*não pago*)
3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-13b. E agora, há alguém que procura saber como se encontra, pelo menos cinco vezes por semana?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-13c. Acha que necessita dessa pessoa? *(assinalar não se respondeu sim em 71-14c.)*

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

SERVIÇOS DE REALOJAMENTO

71-14. Nos últimos seis meses, recebeu alguma ajuda para conseguir uma nova casa ou lugar onde viver, ou para tratar da mudança? *(inclui alojamento em instituições)*

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P71-14c.)
- 9. NS/NR

71-14a. Quem o ajudou a fazê-lo?

- 1. FAMILIAR *(não pago)*
- 2. AMIGO *(não pago)*
- 3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
- 4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-14b. Já conseguiu a nova casa ou colocação em residência para idosos?

- 3. SIM
- 2. ESTÁ EM LISTA DE ESPERA
- 1. NÃO LHA CONCEDERAM
- 9. NS/NR

71-14c. Acha que necessita de ajuda para conseguir um (outro) lugar para viver?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

SERVIÇOS DOMÉSTICOS

71-15. Nos últimos seis meses, tem tido alguém que o/a ajude, regularmente, a fazer as tarefas domésticas, tais como, limpar a casa, lavar a roupa, etc.? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que as fazer porque você não era capaz?

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P71-15d.)
- 9. NS/NR

71-15a. Quem o ajudava fazendo-lhe essas tarefas?

- 1. FAMILIAR *(não pago)*
- 2. AMIGO *(não pago)*
- 3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
- 4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-15b. Quantas horas, por semana, empregou para fazer essas tarefas domésticas?

_____ horas

71-15c. Ainda tem alguém que lhe preste essa ajuda?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-15d. Acha que necessita de alguém que o/a ajude nas tarefas em casa?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

PREPARAÇÃO E REFEIÇÕES

71-16. Durante os últimos seis meses, alguém lhe tem preparado regularmente as refeições ou teve que comer fora de casa? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que cozinhar para si porque não é capaz de fazê-lo?

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P71-16c.)
- 9. NS/NR

71-16a. Quem lhe preparou as refeições?

- 1. FAMILIAR (*não pago*)
- 2. AMIGO (*não pago*)
- 3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
- 4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-16b. Tem alguém que lhe prepare as refeições?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-16c. Acha que necessita de alguém que lhe prepare regularmente as refeições porque não pode fazê-lo?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS; LEGAIS E DEPROTEÇÃO

71-17. Durante os últimos seis meses, alguém o/a ajudou em termos legais, questões ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro, como por exemplo pagar as suas contas?

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P71-17c.)
- 9. NS/NR

71-17a. Quem o/a ajudou?

- 1. FAMILIAR
- 2. AMIGO
- 3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
- 4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-17b. Tem alguém que o/a ajuda nestas questões?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-17c. Acha que necessita que alguém o/a ajude nestas questões?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA MULTIDIMENSIONAL

71-18. Durante os últimos seis meses alguém, como um médico ou assistente social, examinou de forma completa o seu estado em geral, incluindo a sua saúde física e mental e a sua situação social e económica?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-18a. Acha que necessita de alguém que examine e avalie o seu estado em geral?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

SERVIÇOS DE COORDENAÇÃO, INFORMAÇÃO E APOIO

71-19. Durante os últimos seis meses, alguém viu se tinha o tipo de ajudas que necessitava? Por outras palavras, alguém lhe deu informação sobre os tipos de ajudas que poderia obter ou colocou-o/a em contacto com quem o/a poderia ajudar?

- 1. SIM
- 0. NÃO (⇒ P71-19c.)
- 9. NS/NR

71-19a. Quem foi essa pessoa?

- 1. FAMILIAR
- 2. AMIGO
- 3. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-19b. Há alguém que veja se tem o tipo de ajudas que necessita? Por outras palavras, há alguém que lhe dê informação sobre os tipos de ajudas que poderá obter ou coloca-lo/a em contacto com quem o/a ajude?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

71-19c. Acha que necessita de alguém que organize ou coordene os tipos de ajuda que necessita e o/a coloque em contacto com quem lhe possa dar essa ajuda?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS/NR

72. A PERGUNTA 71 FOI REALIZADA AO:

- 1. SUJEITO
- 2. INFORMANTE *Relação* _____
- 3. AMBOS

H. ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

(Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Neto, Barroos & Barros, 1990)

“De seguida, vou-lhe ler cinco afirmações com as quais pode concordar ou discordar numa escala de 1 a 7, em que:

- 1 – Totalmente em desacordo*
- 2 – Em desacordo*
- 3 – Mais ou menos em desacordo*
- 4 – Nem de acordo nem em desacordo*
- 5 – Mais ou menos de acordo*
- 6 – De acordo*
- 7 – Totalmente de acordo.*

Procure ser sincero nas respostas que vai dar.”

	1	2	3	4	5	6	7
1. Em muitos aspetos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais.							
2. As minhas condições de vida são excelentes.							
3. Estou satisfeito com a minha vida.							
4. Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida.							
5. Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada.							

I. Questões Finais_ Identificação de necessidades e/ou situações problemáticas no dia-a-dia

Quando for mais velho, de que tipo de ajuda acha que pode vir a necessitar para continuar a viver em sua casa, mesmo que fique mais incapacitado(a) (ex.: Demência de Alzheimer)?

Conhece outras pessoas da sua idade que vivam perto de si e com quem nós possamos falar?

Gostaria de acrescentar mais alguma informação?

Observações do Avaliador

Duração da administração do protocolo: _____

Impressões gerais sobre a avaliação:

Pede-se ao avaliador que escreva um pequeno relatório que contenha informações sobre:

- Aparência física (cuidado vs descuidado);
- Detecção de limitações à comunicação (ex.: visão, audição, tom de voz, articulação);
- Modo como entrevista decorreu:
 - Envolvimento na entrevista;
 - Recetividade do entrevistado;
 - Foco nas perguntas;
 - Especificação ou tradução dos itens.

[illegible]

Avaliação Do Estado Mental - Anexo

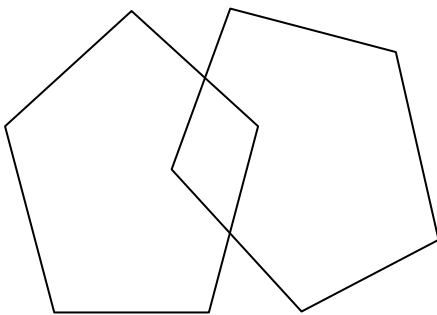
Código: _____

Escreva uma frase por favor.

Faça um desenho igual por favor.

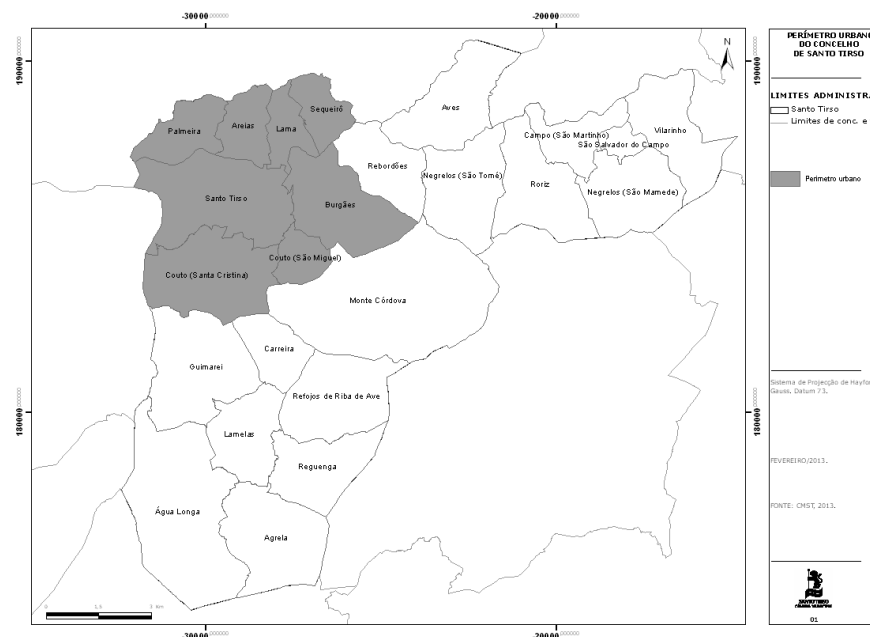
Desenho

Cópia



FECHE OS OLHOS

Avaliação de Capacidades e Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População



Projeto Envelhecer a Norte© coordenado por Professora Doutora Alice Bastos, associado ao Mestrado em Gerontologia Social do IPVC com a colaboração da Vereação do Pelouro da Ação Social da Câmara Municipal de Santo Tirso

Contactos:

Vera Pereira, Dr.^a

914139675

verapatricia18@gmail.com

Contexto e objetivo

Santo Tirso é um concelho do distrito do Porto com 71 530 habitantes (Censos, 2011), distribuídos em 24 freguesias, sendo que 17,24% da população tem 65 ou mais anos (12 332 habitantes).

O Perímetro Urbano de Santo Tirso é composto por oito freguesias - Areias, Burgães, Lama, Palmeira, Santa Cristina do Couto, Santo Tirso, São Miguel do Couto e Sequeirô. Nestas oito freguesias residem cerca de 40% da população total do concelho (28 285 habitantes). Neste conjunto de freguesias, há 5 196 pessoas com 65 e mais anos.

Tabela 1. Dados demográficos do Perímetro Urbano de Santo Tirso (Censos, 2011)

POPULAÇÃO RESIDENTE NO PERÍMETRO URBANO DE SANTO TIRSO				
	População Total	População 65+		
		HM	H	M
Areias	2 454	433	200	233
Burgães	2 097	344	134	210
Lama	1 393	296	130	166
Palmeira	1 321	216	92	124
Sta. Cristina do Couto	4 064	722	312	410
St. Tirso	14 107	2 700	1 072	1 628
S. Miguel do Couto	1 222	194	85	109
Sequeirô	1 627	291	120	171

Face ao envelhecimento da população, importa avaliar as capacidades e necessidades/situações problemáticas dos mais velhos que habitam este território.

Algumas questões

Em que consistirá a avaliação das capacidades e necessidades comunitárias associadas ao envelhecimento da população?

Assumindo que o envelhecimento é um processo biopsicossocial, a avaliação das capacidades e necessidades comunitárias será realizada através de um questionário feito a pessoas com 65+ anos residentes nas freguesias do Perímetro Urbano de Santo Tirso. Será utilizado o Protocolo de Avaliação de Capacidades e Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População.2013 (ANCEP_GeroSoc.2013), (Bastos, Faria, Moreira, Carvalho e Pereira, 2013), o qual avalia os diferentes domínios do envelhecimento.

Para que servirá?

Os resultados da avaliação das capacidades e necessidades comunitárias da população idosa tirsense, a residir em casa, permitirá identificar os principais problemas/dificuldades desta população e, consequentemente, delinear as linhas de ação para a elaboração do Plano Gerontológico concelhio.

O que é um Plano Gerontológico?

Um Plano Gerontológico resulta de uma visão integrada do processo de envelhecimento e visa promover o envelhecimento ativo e bem-sucedido da população, implementando medidas e ações adequados às necessidades, capacidades e expectativas da população.

AVISO

Durante o mês de Maio e Junho, serão realizados questionários a pessoas com 65 e mais anos residentes nas freguesias de **AREIAS**, Burgães, Lama, Palmeira, Santa Cristina do Couto, Santo Tirso, São Miguel do Couto e Sequeirô, com o objetivo de avaliar as suas capacidades e necessidades.

As entrevistas serão realizadas por dois estudantes do mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Viana do Castelo devidamente identificados. Pedimos a vossa participação para o sucesso deste projeto.

Agradecemos desde já a colaboração.

Pel'A equipa de investigação,

Vera Pereira, Dr.^a

AVISO

Durante o mês de Maio e Junho, serão realizados questionários a pessoas com 65 e mais anos residentes nas freguesias de Areias, **BURGÃES**, Lama, Palmeira, Santa Cristina do Couto, Santo Tirso, São Miguel do Couto e Sequeirô, com o objetivo de avaliar as suas capacidades e necessidades.

As entrevistas serão realizadas por dois estudantes do mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Viana do Castelo devidamente identificados. Pedimos a vossa participação para o sucesso deste projeto.

Agradecemos desde já a colaboração.

Pel'A equipa de investigação,

Vera Pereira, Dr.^a

AVISO

Durante o mês de Maio e Junho, serão realizados questionários a pessoas com 65 e mais anos residentes nas freguesias de Areias, Burgães, **LAMA**, Palmeira, Santa Cristina do Couto, Santo Tirso, São Miguel do Couto e Sequeirô, com o objetivo de avaliar as suas capacidades e necessidades.

As entrevistas serão realizadas por dois estudantes do mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Viana do Castelo devidamente identificados. Pedimos a vossa participação para o sucesso deste projeto.

Agradecemos desde já a colaboração.

Pel'A equipa de investigação,

Vera Pereira, Dr.^a

AVISO

Durante o mês de Maio e Junho, serão realizados questionários a pessoas com 65 e mais anos residentes nas freguesias de Areias, Burgães, Lama, **PALMEIRA**, Santa Cristina do Couto, Santo Tirso, São Miguel do Couto e Sequeirô, com o objetivo de avaliar as suas capacidades e necessidades.

As entrevistas serão realizadas por dois estudantes do mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Viana do Castelo devidamente identificados. Pedimos a vossa participação para o sucesso deste projeto.

Agradecemos desde já a colaboração.

Pel'A equipa de investigação,

Vera Pereira, Dr.^a

AVISO

Durante o mês de Maio e Junho, serão realizados questionários a pessoas com 65 e mais anos residentes nas freguesias de Areias, Burgães, Lama, Palmeira, Santa Cristina do Couto, Santo Tirso, **SÃO MIGUEL DO COUTO** e Sequeirô, com o objetivo de avaliar as suas capacidades e necessidades.

As entrevistas serão realizadas por dois estudantes do mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Viana do Castelo devidamente identificados. Pedimos a vossa participação para o sucesso deste projeto.

Agradecemos desde já a colaboração.

Pel'A equipa de investigação,

Vera Pereira, Dr.^a

AVISO

Durante o mês de Maio e Junho, serão realizados questionários a pessoas com 65 e mais anos residentes nas freguesias de Areias, Burgães, Lama, Palmeira, Santa Cristina do Couto, Santo Tirso, São Miguel do Couto e **SEQUEIRÔ**, com o objetivo de avaliar as suas capacidades e necessidades.

As entrevistas serão realizadas por dois estudantes do mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Viana do Castelo devidamente identificados. Pedimos a vossa participação para o sucesso deste projeto.

Agradecemos desde já a colaboração.

Pel'A equipa de investigação,

Vera Pereira, Dr.^a

AVISO

Durante o mês de Maio e Junho, serão realizados questionários a pessoas com 65 e mais anos residentes nas freguesias de Areias, Burgães, Lama, Palmeira, Santa Cristina do Couto, **SANTO TIRSO**, São Miguel do Couto e Sequeirô, com o objetivo de avaliar as suas capacidades e necessidades.

As entrevistas serão realizadas por dois estudantes do mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Viana do Castelo devidamente identificados. Pedimos a vossa participação para o sucesso deste projeto.

Agradecemos desde já a colaboração.

Pel'A equipa de investigação,

Vera Pereira, Dr.^a

AVISO

Durante o mês de Maio e Junho, serão realizados questionários a pessoas com 65 e mais anos residentes nas freguesias de Areias, Burgães, Lama, Palmeira, **SANTA CRISTINA DO COUTO**, Santo Tirso, São Miguel do Couto e Sequeirô, com o objetivo de avaliar as suas capacidades e necessidades.

As entrevistas serão realizadas por dois estudantes do mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Viana do Castelo devidamente identificados. Pedimos a vossa participação para o sucesso deste projeto.

Agradecemos desde já a colaboração.

Pel'A equipa de investigação,

Vera Pereira, Dr.^a

Avaliação de Capacidades e Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População

Dados demográficos da freguesia de Areias				
Grupo Etário	Homens		Mulheres	
	Total	2%	Total	2%
65 – 69 anos	71	1	70	1
70 – 74 anos	54	1	72	1
75 – 79 anos	38	1	41	1
80 – 84 anos	20	1*	33	1
85 – 89 anos	14	1*	15	1*
90 ou mais anos	3	1*	2	1*

* Apesar da representatividade (2%) deste grupo etário ser zero, sempre que possível será entrevistada uma pessoa nesta faixa etária.

Avaliação de Capacidades e Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População

Dados demográficos da freguesia de Burgães				
Grupo Etário	Homens		Mulheres	
	Total	2%	Total	2%
65 – 69 anos	45	1	52	1
70 – 74 anos	30	1	55	1
75 – 79 anos	31	1	49	1
80 – 84 anos	15	1*	32	1
85 – 89 anos	11	1*	14	1*
90 ou mais anos	2	1*	8	1*

* Apesar da representatividade (2%) deste grupo etário ser zero, sempre que possível será entrevistada uma pessoa nesta faixa etária.

Avaliação de Capacidades e Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População

Dados demográficos da freguesia de Lama				
Grupo Etário	Homens		Mulheres	
	Total	2%	Total	2%
65 – 69 anos	47	1	46	1
70 – 74 anos	38	1	44	1
75 – 79 anos	24	1*	37	1
80 – 84 anos	16	1*	25	1
85 – 89 anos	2	1*	10	1*
90 ou mais anos	3	1*	4	1*

* Apesar da representatividade (2%) deste grupo etário ser zero, sempre que possível será entrevistada uma pessoa nesta faixa etária.

Avaliação de Capacidades e Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População

Dados demográficos da freguesia de Palmeira				
Grupo Etário	Homens		Mulheres	
	Total	2%	Total	2%
65 – 69 anos	26	1	32	1
70 – 74 anos	29	1	35	1
75 – 79 anos	19	1*	26	1
80 – 84 anos	11	1*	16	1*
85 – 89 anos	6	1*	9	1*
90 ou mais anos	1	1*	6	1*

* Apesar da representatividade (2%) deste grupo etário ser zero, sempre que possível será entrevistada uma pessoa nesta faixa etária.

Avaliação de Capacidades e Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População

Dados demográficos da freguesia de São Miguel do Couto				
Grupo Etário	Homens		Mulheres	
	Total	2%	Total	2%
65 – 69 anos	28	1	23	1*
70 – 74 anos	27	1	31	1
75 – 79 anos	11	1*	23	1*
80 – 84 anos	14	1*	16	1*
85 – 89 anos	4	1*	6	1*
90 ou mais anos	1	1*	10	1*

* Apesar da representatividade (2%) deste grupo etário ser zero, sempre que possível será entrevistada uma pessoa nesta faixa etária.

Avaliação de Capacidades e Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População

Dados demográficos da freguesia de Sequeirô				
Grupo Etário	Homens		Mulheres	
	Total	2%	Total	2%
65 – 69 anos	32	1	49	1
70 – 74 anos	39	1	45	1
75 – 79 anos	22	1*	47	1
80 – 84 anos	15	1*	16	1*
85 – 89 anos	11	1*	11	1*
90 ou mais anos	1	1*	3	1*

* Apesar da representatividade (2%) deste grupo etário ser zero, sempre que possível será entrevistada uma pessoa nesta faixa etária.

Avaliação de Capacidades e Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População

Dados demográficos da freguesia de Santo Tirso				
Grupo Etário	Homens		Mulheres	
	Total	2%	Total	2%
65 – 69 anos	335	7	375	8
70 – 74 anos	283	6	389	8
75 – 79 anos	219	4	321	6
80 – 84 anos	132	3	290	6
85 – 89 anos	73	1	155	3
90 ou mais anos	30	1	98	2

Avaliação de Capacidades e Necessidades Comunitárias associadas ao Envelhecimento da População

Dados demográficos da freguesia de Santa Cristina do Couto				
Grupo Etário	Homens		Mulheres	
	Total	2%	Total	2%
65 – 69 anos	117	2	116	2
70 – 74 anos	81	2	107	2
75 – 79 anos	58	1	74	1
80 – 84 anos	35	1	62	1
85 – 89 anos	13	1*	33	1
90 ou mais anos	8	1*	18	1*

* Apesar da representatividade (2%) deste grupo etário ser zero, sempre que possível será entrevistada uma pessoa nesta faixa etária.

Relatório do Investigador
Avaliar para planejar a intervenção

BURGÃES

31 Maio 2013

As entrevistas em Burgães decorreram nos dias 28, 29 e 30 de Maio de 2013, ora no domicílio dos entrevistados, ora no centro de convívio de Burgães.

As entrevistas tiveram uma duração média de 50 minutos, sendo que as entrevistas mais longas foram com os idosos mais velhos. Como limitações à comunicação, apenas alguns entrevistados demonstraram dificuldades auditivas que facilmente foram ultrapassadas. Dois dos entrevistados não assinaram o consentimento informado por não saberem escrever e alguns estão assinados pelos cuidadores informais (filhas) dos mesmos por não saberem escrever ou por terem bastantes dificuldades em o fazer.

Relativamente à administração do protocolo ANCEP_GeroSoc.2013, em alguns casos a Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Neto, Barros & Barros, 1990) tornou-se complexa devido aos múltiplos itens de resposta.

Através da administração dos protocolos nos domicílios dos idosos, apercebi-me que os idosos mais velhos têm retaguarda familiar 24h por dia, sendo os cuidadores informais filhas desempregadas ou reformadas. Alguns destes casos, demonstram já uma preocupação com o futuro, tendo realizado, à relativamente pouco tempo, obras em casa para adaptar os espaços (eg. Eliminar a adega no rés-do-chão da casa e construir uma sala, um quarto e uma casa de banho totalmente adaptada para entrar cadeiras de rodas). Na minha opinião, deve começar a emergir uma preocupação com os cuidadores informais dos idosos em Santo Tirso e este assunto terá que estar contemplado no Plano Gerontológico concelhio, seja através de formação aos cuidadores informais, à criação de serviços de “descanso do cuidador” (*respite care*) ou outras respostas de apoio que poderão ser encontradas.

No centro de convívio de Burgães, as entrevistas correram igualmente bem. O centro de convívio funciona provisoriamente numa escola primária desativada, cedida pela Câmara Municipal de Santo Tirso. O centro de convívio funciona às terças e quintas-feiras das 14.30 às 18h, sendo organizado por voluntários (desde o transporte dos idosos até à preparação do lanche e arrumação do espaço). Os idosos passam o tempo a jogar cartas, dominó e a ver televisão e a hora do lanche (em mesas redondas) é o momento em que mais conversam uns com os outros. Apesar das instalações serem provisórias visto que está prevista a construção do Centro Social e Paroquial de Burgães (centro de dia, SAD e lar de idosos) para o segundo semestre de 2014, a antiga Escola Primária da Abelha é um espaço agradável, do qual os idosos gostam, e que tem um potencial de intervenção e dinamização enorme. Diversas atividades/ações podem ser desenhadas quer no interior quer no exterior.

SEQUEIRÔ

5 Junho 2013

As entrevistas em Sequeirô decorreram nos dias 3, 4 e 5 de Junho de 2013, ora no domicílio dos entrevistados, ora no centro de convívio da Junta de Freguesia de Sequeirô.

As entrevistas tiveram uma duração média de 55 minutos, sendo que as entrevistas mais longas foram com os idosos mais velhos. Como limitações à comunicação, apenas alguns entrevistados demonstraram dificuldades auditivas que facilmente foram ultrapassadas.

Não houve qualquer dificuldade no que diz respeito à especificação ou tradução dos vários itens do protocolo ANCEP_GeroSoc.2013, salientando que alguns idosos não escreveram uma frase como pedido no MMSE, por não saberem escrever ou por alegarem apenas saber assinar.

Alguns participantes residentes em Sequeirô foram entrevistados no centro de convívio da junta de freguesia. Trata-se de um lugar muito amplo com um salão grande, casas de banho adaptadas, dois quartos para descansar (com quatro camas cada), gabinete médico e cozinha totalmente equipada. Dispõe de televisão e de rádio e funciona de segunda a sexta-feira das 14h às 18h. Apesar de ser totalmente gratuito e ainda poderem usufruir de transporte e lanche também sem qualquer custo, os idosos não têm aderido a esta iniciativa, estando apenas 5 pessoas no dia da entrevista. O espaço está aberto à quatro anos, uma vez por mês uma enfermeira faz controlo de diabetes, colesterol e tensão arterial, também gratuito. Para além do espaço já descrito, irão ser realizadas obras no exterior para que haja uma zona com relvado e com mesas e cadeiras para que os idosos possam desfrutar de dias de bom tempo no exterior. Na minha opinião, este espaço precisa de ser bem dinamizado e, num momento inicial, é fulcral quebrar as barreiras políticas que dividem a freguesia. Tem um ótimo espaço para encontros interfreguesias ou intergeracionais.

Relativamente aos participantes entrevistados na sua própria residência, verifiquei que a maioria vivia com o cônjuge e aponta que para continuar a viver em casa durante mais anos precisaria de alguém 24h por dia na sua casa, mesmo que uma pessoa remunerada, não colocando a hipótese de ir para um lar. A ideia de envelhecer bem no lugar deve fundamentar as ações do Plano Gerontológico concelhia e quem sabe apoiar a criação de uma base de dados de pessoas dispostas e capazes de cuidar de idosos nas suas casas de forma remunerada, podendo prestar esse serviço quando os idosos necessitassem (apenas algumas horas de dia, durante a noite ou todo dia e noite).

PALMEIRA

2 Julho 2013

As entrevistas em Palmeira decorreram nos dias 24, 25 e 26 de Junho de 2013 e foram realizadas nas residências dos participantes. Os participantes foram indicados pela presidente da conferência vicentina da freguesia da Palmeira, pelo facto do presidente da junta de freguesia considerar que a presidente da conferência vicentina é a pessoa mais próxima da faixa etária em que o estudo incide.

Desta forma, houve uma reunião entre o presidente de junta e a presidente da conferência vicentina a fim de decidirem em conjunto os idosos a entrevistar. Posteriormente, antes do início de recolha de dados, houve outra reunião com o presidente da junta de freguesia, a presidente da conferência vicentina e com a investigadora para trocas de informações acerca dos participantes.

Os participantes foram avisados previamente pela presidente da conferência vicentina acerca da data e horário da entrevista, assim como, o seu objetivo. Em alguns casos, a presidente da conferência vicentina acompanhou a investigadora até à residência dos participantes e fez a sua apresentação, não estando, no entanto, presente ao longo da entrevista.

As entrevistas tiveram uma duração média de 60 minutos, sendo que as entrevistas mais longas foram com os idosos mais velhos. Como limitações à comunicação, apenas alguns entrevistados demonstraram dificuldades auditivas que facilmente foram ultrapassadas. Em relação a este assunto, saliento também que houve idosos que não responderam na totalidade ao MMSE devido a problemas de visão e, então, negaram-se a escrever. Para além disso, dois participantes (um casal) recusaram-se a escrever fosse o que fosse, nomeadamente assinar o consentimento informado, por terem sido alvo de burla.

Não houve qualquer dificuldade no que diz respeito à especificação ou tradução dos vários itens do protocolo ANCEP_GeroSoc.2013. No entanto, tenho-me apercebido, não só na freguesia de Palmeira, que no Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS-PT) (Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2007) a questão *“Nos últimos seis meses, participou ou assistiu a algum curso de educação de adultos ou qualquer outro tipo de aprendizagem de capacidades pessoais para cuidar de si, ler, caminhar...”* relativa à preparação para as atividades da vida diária não se tem demonstrado adequada à realidade portuguesa.

Em jeito de conclusão, refiro o papel ativo da conferência vicentina junta da população idosa, nomeadamente com o festejo de datas significantes como o dia dos avós. Para além disso, saliento o facto de existirem zonas da freguesia de Palmeira (mais distantes de Santo Tirso e mais próximas de Vila Nova de Famalicão), em que o acesso a elas é por estradas em terra batida (estradas estreitas e muito irregulares e às quais o saneamento ainda não chegou

(existe um caso de um morador na Palmeira que tem saneamento de Vila Nova de Famalicão, porque reside na fronteira entre os concelhos e Santo Tirso não lhe solucionou o problema).

SANTA CRISTINA DO COUTO

2 Julho 2013

As entrevistas em Santa Cristina do Couto decorreram entre o dia 23 de Maio e o dia 27 de Junho. Foram realizadas nas residências dos participantes e num gabinete da junta de freguesia de Santa Cristina do Couto.

Os participantes foram seleccionados e contactados pela funcionária da secretaria da junta de freguesia para aferir a sua disponibilidade na participação do estudo e para agendamento da entrevista. De seguida, a funcionária ou o presidente da junta de freguesia entravam em contacto telefónico com a investigadora para confirmar as datas agendadas. Esta estratégia funcionou bem, apenas houve uma situação anómala – um casal que desistiu da entrevista no próprio dia e hora da entrevista.

As entrevistas tiveram uma duração média de 60 minutos, sendo que as entrevistas mais longas foram com os idosos mais velhos. Como limitações à comunicação, apenas alguns entrevistados demonstraram dificuldades auditivas que facilmente foram ultrapassadas. Em relação a este assunto, saliento também que houve idosos que não responderam na totalidade ao MMSE devido a problemas de visão e, então, negaram-se a escrever. Para além disso, dois participantes (um casal) recusaram-se a escrever fosse o que fosse, nomeadamente assinar o consentimento informado, por terem sido alvo de burla.

Não houve qualquer dificuldade no que diz respeito à especificação ou tradução dos vários itens do protocolo ANCEP_GeroSoc.2013 (Bastos, Faria, Moreira, Melo & Pereira, 2013). Saliento, novamente, que penso que a questão sobre a preparação para as atividades da vida diária do Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS-PT) (Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2007) não tem adequabilidade à realidade portuguesa atual.

Santa Cristina do Couto tem um Centro Social e Paroquial com Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia e Lar de Idosos. Através das entrevistas, denotei que existe uma ideia negativa acerca da instituição e ouvi expressões como “*é só para os pobres*” e “*só ajudam os coitadinhos que não têm ninguém*”. Por outro lado, a opinião das pessoas acerca da junta de freguesia é muito positiva, nomeadamente pelas ações que promove como, por exemplo a Semana da Freguesia e o Rastreio de Saúde mensal em três pontos da freguesia, que têm muita adesão por parte da população mais velha.

SÃO MIGUEL DO COUTO

11 Julho 2013

As entrevistas em São Miguel do Couto decorreram entre 11 de junho e 3 de julho de 2013 no Centro Social São Rosendo, especificamente no centro de convívio sediado nas instalações da junta de freguesia.

As entrevistas tiveram uma duração média de 60 minutos.

Como limitações à comunicação, apenas alguns entrevistados demonstraram dificuldades auditivas que facilmente foram ultrapassadas e, por vezes, revelaram dificuldades visuais quando colocadas algumas questões relativas à linguagem e à habilidade construtiva na avaliação do estado mental.

O centro de convívio São Rosendo funciona temporariamente nas instalações da junta de freguesia até conseguirem construir as suas próprias instalações que é o seu objetivo. Funciona à cerca de 12 anos e é organizado pelos próprios idosos que o frequentam, sendo que existe uma pessoa mais responsável pelo funcionamento do centro de convívio, por estar encarregue de abrir e fechar as instalações e preparar o lanche, assim como, organizar passeios como, por exemplo, idas à praia no verão. De salientar que os frequentadores do centro de convívio não pagam qualquer mensalidade e usufruem de lanche e transporte gratuitamente.

O centro de convívio é frequentado maioritariamente por mulheres que passam as tardes a conversar e a fazer trabalhos de artesanato como, por exemplo, rendas, croché, tapetes, etc. Por seu lado, os homens juntam-se, numa sala ao lado da sala onde as mulheres estão, a jogar cartas.

Os idosos que frequentam o centro de convívio São Rosendo são muito participativos em atividades propostas por várias entidades (Câmara Municipal de Santo Tirso, Junta de Freguesia, etc.). Quando criado um Plano Gerontológico municipal, penso que este é um grupo que terá vontade e disponibilidade para participar nas mais diversas atividades, nomeadamente em atividades ao ar livre, pois demonstram um grande gosto em saírem.

Na freguesia de São Miguel do Couto, foram entrevistados 11 idosos, não sendo entrevistado um homem com 90 ou mais anos por apenas existir um na freguesia e este não se encontrar capaz mentalmente para participar no estudo.

LAMA

11 Julho 2013

As entrevistas em Lama decorreram entre 18 de junho e 8 de julho de 2013 e a maioria foram realizadas na sede da junta de freguesia da Lama. As que não se realizaram na sede da junta de freguesia, foram realizadas nas residências dos participantes por eles não se poderem deslocar à sede da junta de freguesia. Nas entrevistas realizadas nas residências dos participantes, esteve sempre presente a cuidadora informal dos mesmos, que no caso foram sempre filhas.

As entrevistas tiveram uma duração média de 60 minutos.

A freguesia não tem qualquer resposta social direcionada para velhice, sendo que os idosos que necessitam de cuidados no domicílio recorrem a serviços de apoio domiciliário de outras freguesias, nomeadamente de uma freguesia pertencente ao concelho de Vila Nova de Famalicão. Salienta-se também que muitos idosos passaram a viver com um(a) filho(a) após uma situação de alguma dependência, o que por vezes deslocou os idosos para outras freguesias vizinhas.

Enquanto investigadora, apercebi-me que nos dias que a junta de freguesia está aberta (3.^a e 5.^a feiras das 19.30 às 21.30) as pessoas que mais se deslocam lá são pessoas mais velhas. Nos últimos dias das entrevistas, o fluxo de pessoas idosas ainda aumentou por estarem a decorrer as inscrições para o passeio anual dos idosos promovido pela Câmara Municipal de Santo Tirso. Saliento também que a junta de freguesia também promove algumas atividades direcionadas para as faixas etárias mais envelhecidas da população como, por exemplo, passeio anual e idas à praia durante uma semana a um custo simbólico de 5€. Para além disso, ainda dispõe de serviços como o preenchimento anual do IRS.

AREIAS

22 Julho de 2013

As entrevistas em Areias decorreram entre os dias 1 e 22 de julho de 2013 no centro de dia S. Tiago – Associação de Solidariedade Social de Areias e no domicílio de alguns participantes.

As entrevistas tiveram uma duração média de 60 minutos.

Não foram encontradas dificuldades significativas à comunicação ao longo da realização das entrevistas.

O centro de dia S. Tiago – Associação de Solidariedade Social é uma IPSS sediada na freguesia de Areias com capacidade para 40 idosos, mas atualmente tem cerca de 30 idosos.

Ao longo dos dias que estive a fazer entrevistas no centro de dia apercebi-me que, apesar de já existir uma animadora sociocultural na instituição, a animação/ocupação do tempo é colocada em segundo lugar, fazendo com que a maioria dos idosos passe o tempo a dormir ou a ver televisão.

Na freguesia de Areias foram entrevistados 11 idosos, não sendo entrevistado um homem com 90 ou mais anos por existirem muitas dificuldades em encontrar essas pessoas. Apenas existem 3 homens na freguesia e, segundo informações da junta de freguesia de Areias, um está incapaz de participar no estudo, outro está a viver em Vila Nova de Famalicão com uma filha e outro vive um mês em cada filho deslocando-se entre freguesias de Santo Tirso e Vila Nova de Famalicão.

SANTO TIRSO

As entrevistas na freguesia de Santo Tirso decorreram entre os dias 3 de julho e 9 de Agosto de 2013 e decorreram em vários locais: centro de convívio da junta de freguesia de Santo Tirso, centro de convívio da paróquia de Santo Tirso, centro de dia e serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia e centro comunitário de Geão. Apenas uma entrevista foi realizada na residência do próprio, sendo este cliente do serviço de apoio domiciliário da Santa Casa de Misericórdia de Santo Tirso e onde este presente a assistente social responsável por esta resposta social.

As entrevistas tiveram a duração média de uma hora e não se verificaram situações problemáticas no que diga respeito a dificuldades visuais ou auditivas dos participantes.

De facto, a freguesia de Santo Tirso tem respostas como o centro de dia da junta de freguesia e o centro de dia da paróquia que são totalmente gratuitas e os participantes ainda usufruem de lanche oferecido. Estas duas respostas sociais funcionam de segunda a sexta-feira entre as 14 e as 17h. Uma realidade a referenciar é que o centro de dia da junta de freguesia é maioritariamente frequentado por homens, nomeadamente que passam grande parte da tarde a jogar às cartas, já o centro de dia da paróquia é frequentado maioritariamente por mulheres (apenas um homem), que passam a tarde a jogar cartas e dominó e a conversar.

H1: As variáveis do Protocolo ANCEP_GeroSoc.2013 seguem distribuição normal

Tabela 1. Teste de Kolmogorov Smirnov para a normalidade

		Barthel	Lawton	MMSE	Lubben	Satisfação	GDS_15
Normal Parameters	<i>M</i>	95,61	12,77	24,20	21,04	29,12	2,80
	<i>dp</i>	11,13	5,42	5,71	4,73	4,27	2,85
Kolmogorov-Smirnov		2,36	2,23	4,69	1,31	3,75	1,95
<i>p-value</i>		0,000	0,000	0,000	0,065	0,000	0,001

Neste caso, o teste de Kolmogorov Smirnov está a analisar se as amostras seguem uma distribuição normal. Como todos as escalas do protocolo ANCEP_GeroSoc.2013 têm *p-value* <0,05, exceto a Escala da Rede Social de Lubben, rejeitamos a hipótese para todas. Ou seja, todos os instrumentos de recolha de dados do protocolo ANCEP_GeroSoc.2013, excetuando a Escala de Rede Social de Lubben, seguem uma distribuição não normal e, portanto, na sua análise mais pormenorizada foram aplicados testes não paramétricos.

Tabela 2. Distribuição dos rendimentos do agregado familiar

	<i>n</i>	%
Inferior a 249€	2	1,4
Entre 250 e 420€	12	8,6
Entre 421 e 750€	43	30,7
Entre 751 e 1000€	42	30,0
Entre 1001 e 2000€	26	18,6
Superior a 2001€	15	10,7
Total	140	100,0

As classes escolhidas foram rendimento igual ou inferior a 420€, entre 421€ e 1000€ e a última classe com rendimentos acima dos 1000€. De referir que estes valores são relativos ao rendimento do agregado familiar.

Tabela 3. Grupos do rendimento do agregado familiar

	<i>n</i>	%
<= 420€	14	10,0
421-1000€	85	60,7
>1000€	41	29,3
Total	140	100,0

Desta distribuição pode verificar-se que 60,7% da população tem rendimentos na classe intermédia, ou seja, entre os 421 e os 1000€.

Dada esta distribuição, torna-se interessante verificar o que acontece quando cruzamos estes resultados com a variável da escolaridade. Os resultados encontram-se na tabela seguinte:

Tabela 4. Crosstabs grupos de rendimento do agregado familiar*escolaridade

			Escolaridade			
			0	1-4	5+	Total
Grupos de rendimento do agregado familiar	<= 420€	<i>n</i>	6	8	0	14
		%	15,8%	9,0%	0,0%	10,0%
	421-1000€	<i>n</i>	23	54	8	85
		%	60,5%	60,7%	61,5%	60,7%
	>1000€	<i>N</i>	9	27	5	41
		%	23,7%	30,3%	38,5%	29,3%
Total		<i>n</i>	38	89	13	140
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Da análise da Tabela 8 podemos verificar vários resultados interessantes. Como se pode verificar, os participantes que têm rendimento por agregado familiar igual ou inferior a 420€ são aqueles cuja escolaridade é mais baixa (de referir que não temos nenhum com este rendimento e com escolaridade de 5 ou mais anos). O mesmo se verifica para a classe de rendimento intermédia em que o nível de escolaridade também é baixo.

Assim, decidiu-se criar a variável NSE (nível social económico). Esta variável foi criada da seguinte forma:

Tabela 5. Criação da variável NSE

Rendimento	Escolaridade
1-Rendimento <=420€	1-0 anos de escolaridade
2-Rendimento entre 421 e 1000€	2-Escolaridade entre 1 e 4 anos
3-Rendimento >1000€	3-Escolaridade igual ou superior a 5 anos

A soma destas variáveis pode variar entre 2 e 6 com a seguinte distribuição, como mostra a Tabela 6. De referir que soma 2, corresponde à classe 1 de rendimento + classe 1 de escolaridade, soma 3 será classe 2 de rendimento e classe 1 de escolaridade ou classe 1 de rendimento e classe 2 de escolaridade, e assim sucessivamente.

Tabela 6. Nível socioeconómico		
	<i>n</i>	%
2	6	4,3
3	31	22,1
4	63	45,0
5	35	25,0
6	5	3,6
Total	140	100,0

Pode verificar-se que segue uma distribuição aproximadamente normal, ou seja, com maiores frequências nos valores intermédios e inferiores nas caudas.

Optou-se por se agrupar, então, estas classes em três níveis, com a seguinte tabela de frequências:

Tabela 7. Grupos do nível socioeconómico		
	<i>n</i>	%
NSE baixo	37	26,4
NSE médio	63	45,0
NSE alto	40	28,6
Total	140	100,0

Desta tabela podemos verificar que o NSE médio continua a ser o mais elevado, estando os outros dois bastante próximos entre eles.

A LSNS-6 incide em dois aspetos das relações sociais: família e amigos.

Relativamente à família são colocadas três questões aos participantes tendo em consideração as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento ou adoção: 1. *Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?* (F1); 2. *De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?* (F2); e, 3. *Com quantos familiares se sente à vontade para falar de assuntos pessoais?* (F3).

Na Figura 2, é possível observar as frequências em cada uma das questões relativas à família. Na primeira questão, a maioria dos participantes (cerca de 60) afirmou que fala ou vê entre 5 a 8 familiares pelo menos uma vez por mês, seguidamente 40 participantes afirmaram que falam ou vêm 9 ou mais familiares e 35 afirmam falar ou ver 3 a 4 familiares pelo menos uma vez por mês. Quando questionados sobre quantos familiares se sentem próximos de tal forma para pedir ajuda, a maioria dos participantes apontou a resposta entre 5 a 8 pessoas, sendo que a segunda resposta foi 3 a 4 pessoa, mas distancia-se consideravelmente da resposta mais assinalada. Por último, também a maioria dos participantes afirmou sentir-se à vontade para falar de assuntos pessoais com 5 a 8 familiares.

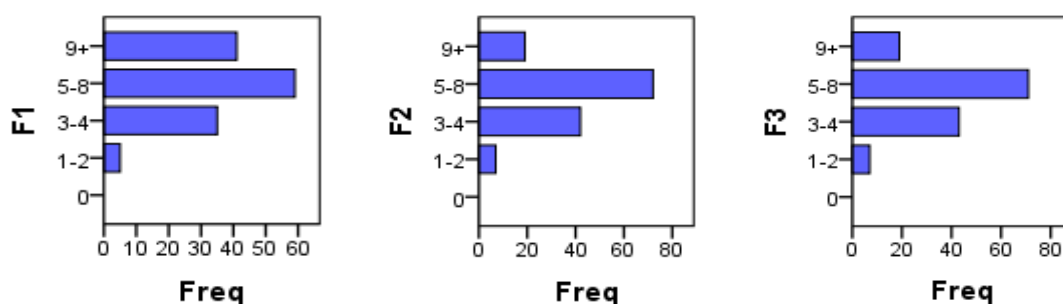


Figura 1. Frequências LSNS-6 (Família)

Relativamente aos amigos são, igualmente, colocadas três questões aos participantes tendo em consideração todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança: 1. *Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?* (A1); 2. *De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?* (A2); e, 3. *Com quantos amigos se sente à vontade para falar de assuntos pessoais?* (A3).

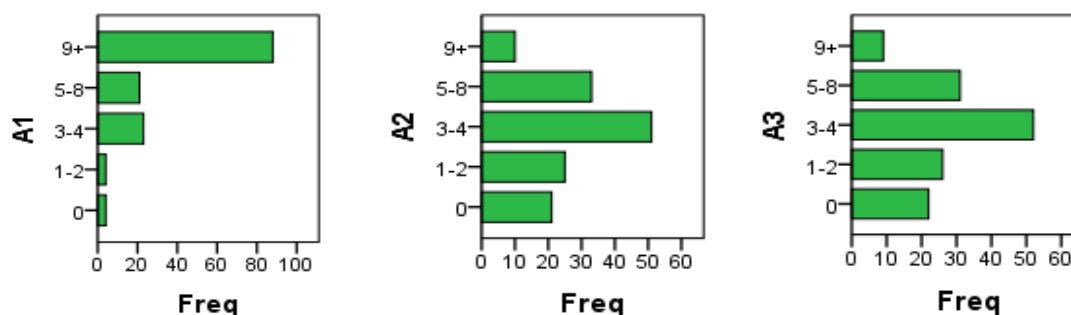


Figura 2. Frequências LSNS-6 (Amigos)

Na Figura 3, é possível observar as frequências em cada uma das questões relativas aos amigos. A grande maioria dos participantes revela que vê ou fala com nove ou mais amigos pelo menos uma vez por mês, mas quando questionados acerca de quantos amigos se sente próximo de tal forma para pedir ajuda as respostas já são mais dispersas pelas diversas possibilidades de resposta: 40 participantes identificaram 3 a 4 amigos, 35 destacaram 5 a 8 amigos, 25 assinalaram 1 a 2 amigos, 20 afirmaram não ter nenhum amigo a quem pedir ajuda e 10 dizem ter 9 ou mais amigos com quem se sentem à vontade para pedir ajuda.